

Délégation départementale du Val-d'Oise

Conseil départemental du Val-d'Oise

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)**

« KORIAN MONTFRAIS »

35 rue du Chemin Neuf – 95130 FRANCONVILLE

N° FINESS : 95 000 925 8

RAPPORT D'INSPECTION

N° 2024_IDF_00066

Inspection du 4 juillet 2024

Mission conduite par :

- Monsieur _____ inspecteur de l'action sanitaire et sociale,
Coordonnateur de la mission d'inspection ; Agence régionale de santé, délégation
départementale du Val-d'Oise ;
- Madame _____ auditrice qualité et contrôle des ESSMS, Service
qualité et contrôle, Direction de l'offre médico-sociale, département du Val-d'Oise ;
- Madame _____, chargée de suivi et de contrôle des ESSMS,
Direction de l'offre médico-sociale, département du Val-d'Oise ;

Accompagnée par :

- Madame _____, chargée de mission désignée personne qualifiée
conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, 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 ;

Textes de référence

- 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

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.....	20
Gestion de la qualité	21
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	23
Fonctions support.....	25
Gestion des ressources humaines.....	25
Gestion d'information.....	32
Bâtiments, espace extérieurs et équipement.....	33
Sécurités.....	34
Prises en charge (le volet soin/médical est traité dans la note en annexe 4)	35
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.....	35
Respect des droits des personnes.....	37
Vie sociale et relationnelle.....	38
Vie quotidienne. Hébergement	40
Relations avec l'extérieur (cf. la note en annexe 4)	41
Coordination avec les autres secteurs	41
Récapitulatif des écarts et des remarques.....	42
Écarts	42
Remarques	43
Conclusion	44
Glossaire	46
Annexes	47
Annexe 1 : Lettre de mission	47
Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis.....	49
Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection	51
Annexe 4 : Note du médecin de l'ARS sur les constats de la prise en charge médicale.....	52

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 :

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 4)

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 4)

14. Coordination avec les autres secteurs

La mission d'inspection a mené des entretiens avec les membres de la direction (cf. point 1.2.2.1 page 14) 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 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 « Korian Montfrais », situé 35 rue du Chemin Neuf à Franconville (95130), FINESS ETABLISSEMENT N° 95 000 925 8, 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 4 juillet 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 :

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. Sécurité

PRISE EN CHARGE (le champ soin/médical est traité dans la note en annexe 4)

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 4)

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 demandés et le relevé des documents transmis figurent en **annexes 2 et 4**.

Présentation de l'établissement

Situé au 35 rue du Chemin Neuf à Franconville (95130), l'EHPAD « Korian Montfrais » est géré par le Groupe commercial KORIAN.

Sa capacité actuelle théorique est de 117 places en hébergement permanent et de 3 places en hébergement temporaire.

Il est habilité à recevoir des bénéficiaires à l'aide sociale départementale pour 20% de sa capacité en hébergement, soit 25 places.

L'établissement est conçu pour accueillir également des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs de type Alzheimer, avec une unité de vie protégée (UVP) de 24 places.

Les 114 résidents accueillis (*) en 2024 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD Korian Montfrais, 2024	4%	60%	14%	13%	6%
IDF ¹	15%	42%	20%	18%	5%

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

A noter que 3% des résidents n'avaient pas de girage le jour de l'inspection.

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

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Korian Montfrais			
Nom de l'organisme gestionnaire	SAS Médica France			
Numéro FINESS géographique	95 000 925 8			
Numéro FINESS juridique	75 005 633 5			
Statut juridique	Privé à but 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	117	117*	111
	HT	3	3	3
	AJ	0	0	0
	PASA	0	0	0
	UHR	0	0	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	Selon autorisation : 25 (20% de la capacité installée) Présent dans l'établissement le jour de la visite : 17 (dont 11 relevant du département du Val-d'Oise)			
Derniers indicateurs GMPS	PMP : 235 (validé le 29/05/2017)			
	GMP : 694 (validé le 29/05/2017)			
Contractualisation	CPOM en cours de validité : 2022 - 2027 (signé en mai 2024)			
Expérimentation en cours	Médecin prescripteur			

*dont 24 places en UVP

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 Korian, il s'agit d'un EHPAD privé à but lucratif. Le groupe Korian gère cinq 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 : - Accueil (avec un hall et un salon) - L'entrée est sécurisée par un SAS avec digicode - Bureau de la direction - Un salon des invités (pour les familles) - La cuisine - La salle à manger (climatisée) relevé à 22°C - Un poste de soins équipé - Un grand espace ouvert qui sert notamment pour l'animation - Un espace extérieur avec une terrasse - 12 chambres individuelles en hébergement classique dont une communicante pour les couples		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 en unité protégée (UVP) avec un unique accès (entrée/sortie) sécurisé par digicode - L'unité est composée également d'un salon, d'une cuisine thérapeutique et d'un accès à un jardin dédié - Le salon des familles à l'accueil - La lingerie - La salle du personnel A noter qu'actuellement 70 résidents prennent leur repas dans la salle à manger. La température relevée dans cet espace est de 22°C. Le local de linge propre était ouvert au moment de la visite. La mission d'inspection a demandé à ce que ce local soit tenu fermé. 1^{er} étage : - Un pôle soins avec un bureau partagé avec le médecin coordonnateur, l'infirmier coordinatrice et une infirmière - Une salle de kinésithérapie équipée avec du matériel, un point d'eau et un poste informatique - Une balnéothérapie - Un espace multi-sensoriel animé par une psychomotricienne salariée - Un espace repas/repos - Une salle de repos du personnel - Un salon de coiffure avec affichage des tarifs - 42 chambres individuelles classiques réparties sur deux ailes (14 + 28) dont 3 chambres communicantes pour les couples A noter que pour les activités de kinésithérapie, 3 kinés interviennent en libéral. L'établissement ne dispose pas de kiné salarié. La balnéothérapie est peu utilisée. Lors de la visite, la mission a constaté que quelques résidents étaient installés dans l'espace repas/repos d'une extrémité du 1^{er} étage avec un climatiseur mobile à proximité car cette zone n'est pas équipée d'un système fixe de rafraîchissement d'air.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Or, cet emplacement exposé au soleil (baie vitrée) présentait une température élevée (24,9°C) attestée par un relevé de température demandé par la mission. Le climatiseur mobile n'était pas opérationnel. Aucun relevé de température n'était affiché. L'application du plan bleu sur cette partie de l'établissement n'est pas adaptée. 2^{ème} étage : - Un poste de soins équipé - Un salon détente - Un salon repas - Le local linge propre/sale - Une terrasse extérieure - 42 chambres individuelles classiques réparties sur trois ailes (14x3) dont 3 communicantes Sur les 120 lits autorisés, 114 étaient occupés. Soit un taux d'occupation de 95%. Sur les 24 places en UVP, la totalité était occupée le jour de la visite. L'établissement est équipé de rails au plafond pour 53 chambres. L'établissement accueille un couple. La mission n'a pas pu identifier l'utilisation des 3 places en hébergement temporaire (HT) qui ne sont, par ailleurs, pas mentionnées dans la liste des résidents.	R1	
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 ?	Le CPOM a été signé récemment, en mai 2024. Toutefois, l'établissement n'a pas pu attester de sa présentation au Conseil de la Vie Sociale (CVS).	E1	L313-11 CASF (CPOM) L313-12 CASF (contenu CPOM)
1.1.3.0	Conformité aux conditions d'autorisation	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que les personnes accueillies correspondent aux caractéristiques définies par l'autorisation et que la structure atteint ses objectifs en terme de nombre de personnes prises en charge Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes – Financier			

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	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, 114 résidents étaient présents dont : - 4% en GIR 1 - 60% en GIR 2 - 14% en GIR 3 - 13% en GIR 4 - 6% en GIR 5 et 6 - 3% non giré 64% L'établissement dispose d'une unité de vie protégée (UVP) de 24 places. 50 résidents bénéficient d'une mesure de protection, soit 44% de la capacité occupée de l'établissement. Les mesures sont réparties comme suit : - 29 résidents sous tutelle - 7 résidents sous curatelle - 14 résidents sous habilitation familiale		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 E/R	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 ?	L'établissement dispose d'un règlement de fonctionnement qui date du 14 mars 2022. Ce dernier est mis dans un classeur à disposition du public, à l'accueil de l'établissement mais n'est pas du tout visible (masqué par d'autres documents) R2		L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement de fonctionnement)

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPPP
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 contient les dispositions obligatoires prévues dans le CASF. Cependant, il n'a pas été mis à jour depuis les évolutions prévues par la loi Bien Vieillir du 08 avril 2024, autorisant la présence des animaux domestiques dans l'établissement.	R3	R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)
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 ?	L'EHPAD dispose d'un projet d'établissement couvrant une période de cinq ans de 2022-2027. Toutefois, sa présentation aux membres du Conseil de la vie sociale (CVS) n'est pas formalisée dans un procès-verbal. En tout état de cause, le gestionnaire n'a transmis aucun document pouvant en attester.	E2	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 ? * Bienveillance et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs	Le projet d'établissement existant est établi pour la période de 2022-2027. Il définit les objectifs stratégiques de l'établissement et contient les dispositions obligatoires prévues par le CASF. Ce document gagnerait à avoir une présentation plus lisible avec une structuration abordant clairement les différents projets (projet de vie et d'animation, projet médical et projet de soins, projet social, projet qualité, sécurité et gestion des risques, ...)		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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
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 ne dispose pas de directeur depuis le départ de le 5 mai 2024. La fonction est exercée par un collectif « membre de direction ». Par « membre de la direction » la mission entend les personnes qui composent l'organe de direction et qui se sont présentées comme telle en l'absence d'un directeur dans l'établissement, à savoir : l'attachée de direction, l'apprentie de direction, l'IDEC et la responsable hôtelière. Toutefois, la mission a pu constater qu'une adjointe de direction est bien indiquée dans le trombinoscope affiché à l'entrée de l'établissement (cf. photo). Que cette appellation est mentionnée dans plusieurs documents consultés par la mission. Que cette fonction est confiée : en poste. Lors de l'entretien précisé à la mission qu'elle occupait uniquement la fonction d'attachée de direction, nouvelle appellation de l'adjointe de direction et a affirmé ne pas exercer la fonction de directeur d'établissement. Elle a indiqué à la mission que l'établissement serait pourvu d'un directeur en septembre 2024 sans qu'aucun élément de preuve ne puisse en attester. Par ailleurs, la mission d'inspection a consulté le dossier administratif d a pu constater que le groupe gestionnaire lui a confié une mission de direction de l'établissement par courrier daté du 29 mai 2024 sur une période du 2 mai 2024 au 31 août 2024. Qu'une délégation de pouvoir et de signature lui a été confiée par le directeur régional nord en tant que directeur de l'établissement Korian Montrais.	E3	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 EIR	Références juridiques et RBPP
			Ces éléments de preuve viennent contredire les affirmations de De plus, compte tenu de l'autorisation délivrée à cet établissement, il est attendu en application de la réglementation en vigueur, une certification au moins de niveau II enregistrée au répertoire national des certifications professionnelles Or, direction, ne remplit pas les conditions de diplôme requis pour occuper un poste de directeur d'ESMS.		
1.2.2.2	Management et Stratégie	À quelle fréquence ont lieu les CODIR / COMEX / COPIL (réunion des cadres de l'EHPAD) ? Qui y participe ? Qui rédige le CR ? Quelle diffusion ?	Un document récapitule les différents temps d'échanges au sein de l'établissement (Codir hebdomadaire, Copil un mois sur deux) avec la participation des usagers, du personnel et des collaborateurs. La mission n'a relevé aucun signe attestant d'un conflit entre les membres de la direction et le personnel. Le poste de direction étant vacant, cet état de fait bien que non conforme à la réglementation et nécessitant donc une réponse rapide, n'a que peu d'impact sur le fonctionnement de l'EHPAD tel qu'observé le jour de l'inspection. Le climat social est défini par les membres de la direction et le personnel comme apaisé. Les entretiens menés par la mission corroborent cet état. La grande majorité du personnel est stable et sous contrat en CDI. Une partie de l'effectif travaille dans l'établissement depuis plusieurs années. Selon les indicateurs produits par l'établissement, le taux d'absentéisme subit une variation à la hausse depuis mai 2021 à juin 2024 Ce pourcentage est acceptable et correspond à la moyenne du taux d'absentéisme constaté dans le fonctionnement d'une structure (Le taux de rotation du personnel suit la même tendance que pour l'absentéisme, à savoir de mai 2021 à juin 2024 Ce chiffrage n'appelle pas de remarque particulière.		
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...			L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité du résident)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.5	Management et Stratégie	Quelles sont les relations formelles du directeur avec l'organisme gestionnaire ? - fréquence et modalités ? Existe-t'il un soutien effectif et de quelle nature ? Démarche qualité, aide RH, mutualisations MedCo et prescripteurs, intervention en cas de vacances de poste de direction, recrutements et plans de formation Existe-il une modalité de contact en urgence ? 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	L'établissement bénéficie d'un appui du groupe, notamment sur les fonctions supports.		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur, EHPAD privé)
1.2.2.6	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	cf. point 1.2.2.1		L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé)
1.2.2.7	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 ?	cf. point 1.2.2.1		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		Les astreintes administratives sont organisées par roulement hebdomadaire entre la responsable hôtellière, l'IDEC et l'adjointe de direction.		

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
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 8h58. Elle a été accueillie par une secrétaire puis par la responsable hôtelière. La responsable hôtelière a été informée du motif de présence de la mission d'inspection et a effectué la visite des locaux. La personne identifiée comme « adjointe de direction » dans les différents documents et affichage a été prévenue et a rejoint la mission à 9h30. A son arrivée, la mission l'a informée du motif de sa présence et lui a remis les documents à préparer.		
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)
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'établissement dispose d'une IDEC à temps plein en CDI.		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 ?	L'établissement dispose d'un médecin coordonnateur. Le docteur exerce à temps partiel en CDI de 91 heures mensuelles, soit 0.60 ETP. A la lecture du contrat de travail signé le 01/09/2021, il est présent par semaine les :		D312-156 du CASF (ETP MedCo)

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			C'est un médecin généraliste qui ne dispose ni d'un DU de médecin coordonnateur ni d'une capacité de gériatrie tel que prévu par la réglementation en vigueur. Par ailleurs, en application de l'article D.312-156 du CASF, le temps de présence effectif du médecin coordonnateur dans un EHPAD d'une capacité comprise entre 100 et 199 places ne peut être inférieur à 0.80 ETP. Or, le contrat du médecin en poste mentionne un temps de 0.60 ETP. En conséquence, le temps réalisé dans cet EHPAD pour la fonction de coordination n'est pas conforme à la réglementation en vigueur. L'établissement doit se mettre en conformité avec le temps de présence du médecin coordonnateur fixé par la réglementation en complétant le temps existant pour parvenir à 0.80 ETP dédié à la coordination. Par ailleurs, à la lecture de la liste des résidents remis à la mission, sur les 114 résidents présents le jour de l'inspection, seulement 22 disposaient d'un médecin traitant de ville. Pour les 81 autres, la prise en charge est effectuée par le médecin coordonnateur de l'EHPAD sur un temps de prescripteur autorité et financé par l'ARS, à hauteur de 0.20 ETP. Or l'établissement a sollicité en 2024 une augmentation de ce temps à hauteur de 0.60 ETP, qui semble incompatible avec le temps disponible du médecin coordonnateur, qui par ailleurs n'exerce pas le temps réglementaire de coordination et ne souhaite pas excéder les 0.80 ETP au total (coordination + prescription) La mission a également constaté que 11 résidents ne disposaient d'aucun médecin traitant (ni de ville, ni de l'EHPAD)	E4 E4 bis	
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 MedCo et le directeur ont-ils signé un contrat sur ses modalités d'exercice, son ETP et ses missions	cf. Point 1.2.2.14	E5	D312-157 CASF (diplôme MedCo) et D312-159-1 CASF (contrat du MedCo) décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (qualification, missions et rémunération MedCo)
1.2.2.17	Management et Stratégie		Oui.		D312-159-1 CASF (Contrat MedCo) R313-30-1 CASF (professionnels libéraux avec EHPAD) L314-12 CASF (contrat MedCo est Médecin traitant)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.2.3.0	Management et Stratégie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier les modalités d'organisation et de formalisation de la communication interne auprès des personnes accueillies, de leur entourage ou du personnel - Vérifier les modalités de communication externe promouvant les activités de l'Etablissement ou permettant de gérer un événement indésirable ou une crise <u>Principales catégories de risques possibles : Managérial - Social - Médiatique</u>			
1.2.3.5	Management et Stratégie	Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : ☐ tarifs / arrêté du CD ☐ organigramme ☐ règlement de fonctionnement ☐ PV des CVS et composition CVS ☐ PV des commissions de restauration ☐ résultats de la dernière enquête de satisfaction ☐ liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) ☐ charte des droits et libertés de la personne accueillie ☐ programme des animations de la semaine ☐ menus affichés à jour ☐ tarifs et horaires des diverses prestations ☐ numéro 3977/ALMA	La mission d'inspection a constaté que seul le numéro 3977 n'était pas affiché. Le règlement de fonctionnement n'était pas suffisamment visible. cf.1.2.1.1 Les actions correctrices de l'enquête de satisfaction (sur les items d'insatisfaction et/ou de mécontentement) ne sont pas affichées.	R4 E6	L. 311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. Accueillie) R.311-34 CASF (règlement de fonctionnement)

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	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			D311-3 à 32-1 CASF (CVS)
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances	Il y a-t-il un CVS en place ? Date de la dernière élection ? La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation ? Le règlement de fonctionnement a-t-il été approuvé par le CVS ? Qui sont établis les ordres du jour ? et modalités de communications ? Combien de fois se réunit le CVS chaque année ? Qui est chargé de rédiger les comptes rendus ?	Il existe un CVS en place depuis le 11 avril 2022. La composition du CVS est conforme à la réglementation. Toutefois, la mission d'inspection a observé une discordance dans le règlement intérieur entre la durée de mandat fixée à 5 ans et la date de fin du mandat des membres actuels du CVS (11 avril 2025). Par ailleurs, le règlement de fonctionnement n'indique pas que celui-ci a été approuvé par le CVS. Les ordres du jour sont établis par l'équipe de direction de l'établissement. Les informations retranscrites dans les CR des réunions de CVS ne démontrent pas une réelle participation des représentants des résidents et des familles. Les CR des réunions de CVS ne sont pas signés par la présidente du CVS. Le règlement intérieur du CVS ne mentionne pas la totalité des missions confiées par le CASF à cette instance, à savoir donner son avis en cas de relogement prévus en cas de travaux ou de fermeture. L'établissement indique que le CVS se réunit 4 fois par an.	E7	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 (attributions) 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)
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 CR des réunions du CVS contiennent le suivi des EI et les dysfonctionnements au sein de l'EH PAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre.		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</u> : Juridique – Sécurité des personnes			
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 ?	L'établissement ne dispose pas de « référent qualité » identifié en tant que tel. L'apprentie de direction coordonne le suivi du plan d'amélioration continue de la qualité. L'analyse des événements indésirables graves se fait par l'équipe de direction.		HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance", 2018
1.4.1.7	Gestion de la qualité	Existe-t-il un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Fait-il l'objet d'un suivi en COPIL qualité ? Quelle est la composition du COPIL qualité ? Les prestations effectuées en sous-traitance (restauration, ménage, lingerie...) font-elles l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ?	Il existe un plan d'amélioration continue de la qualité. Ce dernier fait apparaître les objectifs à mettre en place, les actions associées, leurs sources, les échéances, et leur état d'avancement. Le PACQ est à jour. Le COPIL se tient à fréquence d'une fois par mois.		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</u> : Juridique			
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 suite au rapport de l'évaluation externe sont-elles incluses dans le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	Le dernier rapport d'évaluation externe a été transmis en 2021, qui a fait l'objet d'une tacite reconduction de l'autorisation pour quinze ans à compter du 17 août 2022. La prochaine évaluation (dite intermédiaire) est prévue pour le quatrième trimestre 2026 soit au plus tard le 31 décembre 2026.		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	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - 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 <u>Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes – Managérial</u>			
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 ?	La politique de de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est formalisée en annexe du projet d'établissement. Elle est également mentionnée dans le livret d'accueil. Les objectifs liés à la lutte contre la maltraitance sont pilotés par un référent bientraitance qui est le psychologue de l'EHPAD. Pour le numéro 3977, cf. point 1.2.3.5		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 ?	La mission d'inspection n'a pas eu connaissance de situations de violences ou de harcèlements sexuels.		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 ?	Les situations de maltraitances sont signalées aux autorités de contrôle.		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 ?	Il existe un logiciel informatique permettant la saisie et le suivi des plaintes et des réclamations. Par ailleurs, les réclamations ne sont pas recensées dans le registre Qualité et Gestion des risques. La responsable relation famille assure le traitement et le suivi des réclamations en lien avec l'équipe de direction. Elle se charge également de la mise en œuvre et du suivi de l'enquête de satisfaction, en collaboration avec le psychologue. R6		
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 ?	Il existe une procédure de déclaration des événements indésirables. Celle-ci est affichée dans la salle du personnel. Les entretiens ont révélé que les salariés ont suivi une formation relative au signalement des événements indésirables. Les salariés ont fait part de leurs difficultés à saisir les EI dans l'outil informatique mais confirment toutefois qu'une aide de l'équipe de direction leur est proposée si besoin.		L313-24 CASF (protection du salarié déclarant) RBPP HAS, "Mission du responsable d'établissement 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 RelEx 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 ?	cf. points 1.4.1.7 et 1.4.3.1		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'encadré / 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 ?	La procédure de déclaration des EIG indique l'obligation de signaler tout EIG aux autorités compétentes. Les autorités administratives reçoivent régulièrement les déclarations des EIG de la part de l'établissement.		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, - qualité 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 juillet 2024 et l'organigramme), l'établissement dispose de l'effectif global théorique suivant : - Direction et direction adjointe : - Attachée de direction : - Responsable relation famille : - Secrétaire d'accueil A noter qu'une stagiaire de direction (en contrat apprentissage) était présente le jour de l'inspection et venait en appui de l'attachée de direction. - Médecin coordonnateur : 0.80 ETP (CDI) L'organigramme mentionne un temps de coordination de 0.80 ETP qui n'est pas conforme au contrat signé. En réalité ce temps de 0.80 ETP est décomposé comme suit : • Médecin coordonnateur : 0.60 ETP (CDI) • Médecin prescripteur : 0.20 ETP (CDI) Il convient en conséquence de mettre à jour l'organigramme avec cette clarification vis-à-vis du personnel, des usagers et des familles.		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
			- Psychologue - Psychomotricien - IDE : tous en - CDI) - AS/AMP : dont 2 apprentis AS qui étaient présentes le jour de la visite. A noter que sur les l'AS/AMP, affectés à l'UVP en journée et en nuitée. A noter également que sur les 23 ETP de jour, 3 ETP sont à pourvoir, ce qui ramène l'effectif de jour à 20 ETP. - Responsable hôtelier : - Animateur : - ASH : Le poste d'ASH de nuit mentionné dans l'organigramme n'est pas effectif. L'agent est en arrêt sans remplacement. - Chef cuisinier - Cuisinier - Serveur - Plongeur - Lingère - Responsable technique Le jour de l'inspection, l'effectif présent était le suivant (source planning du jour et liste des salariés présents) : En journée : - Une apprentie en formation de direction - Une attachée de direction - Une secrétaire d'accueil - Médecin coordonnateur/Prescripteur 0.80 ETP - Psychologue 1 ETP - IDEC 1 ETP - IDE 3 ETP - AS/AMP 13 ETP A noter que 5 ETP sont des faisant fonction de soignant (non diplômé)		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			- animateur 1 ETP - ASH 6 ETP - Chef de cuisine 1 ETP - Cuisinière 3 ETP - Serveuse 3 ETP - Plongeur 1 ETP - Responsable hôtelier 1 ETP - Responsable maintenance 1 ETP De nuit : - 5 ETP d'aide-soignant diplômé - 1 ETP de faisant fonction de soignant non diplômé - 1 ETP d'ASH Constats sur l'effectif global : - Majoritairement le personnel est stable avec un contrat en CDI. - Les CDD recrutés remplacent le personnel absent. - A la lecture de la liste nominative du personnel du mois en cours, 15 agents font office de faisant fonction et interviennent dans le champ du soin, dont une partie est inscrite dans un processus de formation diplômante. 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. Le ratio global de soin se situe ainsi au regard de la capacité occupée (114 places) : Ratio IDE : Ratio AS/AMP jour : Ratio ASH jour : Le ratio jour de soignants AS/AMP et le ratio d'ASH sont très faibles.	E8	
				E9	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			L'UVP étant consommateur d'une partie de l'effectif, le ratio pour le fonctionnement de l'hébergement classique est amoindri. La présence en nuitée de seulement certains jours de la semaine est insuffisant (cf. planning transmis) cf. point 2.1.1.1	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 L311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Taux de rotation national médian : 12,2% (2019)
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 ?	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. cf. point 1.2.2.3		
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?			
2.1.1.7	Gestion des ressources humaines	Quel est le contenu des dossiers administratifs des professionnels : - embauche, - diplôme / inscription à l'Ordre, - suivi de la carrière, - bulletin du casier judiciaire (B3, B2 si EHPAD public), - l'original signé par l'employeur et le salarié de fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission / feuille de route ... - évaluation annuelle et objectifs, - attestations de formation. - médecine du travail	Globalement les dossiers administratifs du personnel sont bien tenus mais quelques informations sont manquantes : - La fiche de poste est absente dans une majorité des dossiers - Les attestations de formation ne sont pas contenues dans les dossiers de plusieurs agents faisant fonction de soignant	R7	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 4		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 EIR	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'EH PAD Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ? A des formations diplômantes ? Quels sont les thèmes des formations (bientraitance, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...) Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ? Le médecin coordonnateur contribue-t-il à la mise en œuvre de la politique de formation ? Quelle est la place faite à la prévention de la maltraitance ? Les personnels sont-ils sensibilisés aux troubles du comportement ou aux troubles sensoriels pour adapter leur attitude professionnelle ? 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 ? 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...) ? Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Sécurité des agents - Social	Les plans de formation réalisés en 2022 et en 2023 ont été transmis sous format Excel. Toutefois, la mission ne peut en vérifier l'effectivité en l'absence de preuves : attestations d'inscription et/ou de réussite, des feuilles d'émargement, ... E11		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 ? 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...) ? Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Sécurité des agents - Social	On note quelques VAE et un plan de formation qui traduisent une volonté d'accompagnement à la mobilité interne.		
2.1.2.5	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 ? 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...) ? Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Sécurité des agents - Social	Oui		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 »)
2.1.3.0	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 ? 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...) ? Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Sécurité des agents - Social			L4121-3, L41-3-1 & R 4121-1 & R4121-2 du Code du Travail

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.3.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des temps d'échange organisés (hors temps de transmission) entre les professionnels sur leurs pratiques, avec possibilité d'actions de soutien des équipes ? - au sein de l'équipe ? - à l'occasion de réunions d'équipe ? - à l'occasion des entretiens individuels annuels ? Existe-t-il une démarche de questionnement éthique permettant des réflexions préalables à des décisions dans l'intérêt des personnes en tenant compte des contraintes relatives à des situations ? Principaux objectifs du contrôle : - 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 Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes 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 hôtelières ? 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 ?	En plus des temps de « Brief » organisés quotidiennement avec l'ensemble des équipes, il existe des réunions « RPX » (représentants de proximité) à raison d'une fois par mois, également des réunions hebdomadaires pluridisciplinaires. L'établissement met en place une fois par an un comité « éthique et bientraitance » et « coordination gériatrique » permettant une démarche de réflexion concernant l'éthique et la bientraitance et promouvant les échanges d'informations relatives aux bonnes pratiques professionnelles gériatriques.		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		Les plannings remis à la mission n'offrent aucune possibilité de lecture sur les horaires de travail du personnel tout comme ils ne permettent pas de s'assurer d'un temps de chevauchement prévu entre les équipes de jours et de nuit pour les transmissions orales.	R8	
2.1.4.5	Gestion des ressources humaines		cf. point 2.1.4.1		
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 de manière variable entre 3 et 7 agents selon les jours avec une moyenne de 4 agents (UVP compris) : - 5 ETP d'aide-soignant diplômé - 2 ETP de FFAS		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées : - Description des fonctions, - conduites à tenir, - marge d'initiative et limites en cas d'événement inattendu, - possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte...?	Les fiches de poste sont absentes dans une majorité des dossiers du personnel. 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 ?	Plusieurs indices permettent de considérer qu'il existe un glissement de tâches par effet de cascade : Le temps de coordination réalisé par le médecin coordonnateur (inférieur de 0.20 ETP à la réglementation) adossé aux nombres de résidents pris en charge par celui-ci en tant que médecin prescripteur (81 résidents sur 114), soit 71%, traduit inévitablement un glissement de certaines missions vers l'infirmière coordonnatrice (IDEC). L'alourdissement des tâches de l'IDEC, a probablement conduit l'établissement à créer une nouvelle catégorie sous l'appellation (IDER) : infirmière référente. En tout état de cause, pour la mission d'inspection, il s'agit d'un poste d'infirmier dédié exclusivement aux soins. L'établissement compte également un nombre insuffisant d'ASH (ratio de 0.08), ce qui inévitablement reportent une charge de travail sur les AS/AMP, comme la gestion du linge (récupération + remise à la lingère puis rangement dans les chambres des résidents, à titre d'exemple) La nuit, les effectifs ne sont composés que de soignant. Par ailleurs, la faiblesse de certains ratios d'encadrement vient confirmer ce constat (cf. points 1.2.2.14 et 2.1.1.1)		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'une procédure en cas d'absence inopinée du personnel.		

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 ?	Le registre a été vérifié par la mission d'inspection. Le nombre de résidents inscrit dans le registre ne correspond pas à la liste des résidents présents. La bonne tenue du registre des entrées et des sorties des résidents relève de la responsabilité du gestionnaire qui est le garant de la sécurité des résidents qu'il accueille dans son établissement.	E12	L. 331-2 CASF (accès permanent au registre E/S) R. 331-5 CASF (registre E/S paraphé par le maire)
2.3.3.0	Gestion d'information	Principaux objectifs du contrôle : - Apprécier l'adéquation des systèmes d'information aux besoins de la structure - Vérifier que les règles applicables aux accès aux informations personnelles sont respectées (code accès et mot de passe personnel, RGPD) Principales catégories de risques possibles : Juridique			
2.3.4.0	Gestion d'information	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les modalités de gestion des dossiers des personnes prises en charge - dossier administratif / De soins - dossier papier / informatisés - rangement des dossiers médicaux Principales catégories de risques possibles : Juridique			
2.3.4.2	Gestion d'information	Le contenu des dossiers administratifs des résidents est-il complet ? - contrat de séjour, - annexes (liberté d'aller et venir, contentions, ...) - CR des réunions de synthèse, - projet d'accompagnement individualisé (PAI) - consentement, - personnes de confiance, directives anticipées, droit à l'image, CNIL	Plusieurs dossiers de résidents ont été consultés par la mission sur le volet uniquement administratif. Globalement, les dossiers sont bien tenus. Toutefois, certains éléments manquent, comme : - Les avenants au contrat de séjour qui ne sont pas signés par le résident ; - Les décisions de mise sous tutelle ; - Les projets d'accueil personnalisés ne sont pas tous signés. L'établissement ne fait pas systématiquement un état des lieux lors de l'admission.	R9	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, espace extérieurs et équipement

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	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 ?	L'établissement a ouvert ses portes en octobre 2010. Treize ans plus tard, il est en très bon état et bien entretenu. Aucune remarque n'est à faire sur l'état du bâtiment, la propreté des locaux et l'entretien des espaces intérieurs et extérieur.	L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)	
2.4.1.8	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il un local ou une pièce équipée d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou une pièce rafraîchie en état de marche ? OU l'EHPAD est-il climatisé ?	L'établissement remplit les conditions réglementaires imposant un espace climatisé ou une pièce rafraîchie. La salle de restauration et quelques espaces communs sont climatisés. Les étages sont équipés de climatiseurs mobiles dont l'usage n'était pas effectif au 1 ^{er} étage (cf. point 1.1.1.2)	D312-161 CASF (pièce rafraîchissante)	
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... ?	La mission n'a observé aucune entrave aux déplacements des résidents notamment en fauteuil roulant. La mission a pu consulter le dernier procès-verbal de la commission communale de sécurité du 14/11/2022 qui a émis un avis favorable assorti de prescriptions.	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 ?	L'établissement dispose : - De barres d'appui dans les circulations - De rails au plafond dans 53 chambres - De plusieurs lèves malades	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 dispose d'un technicien de maintenance à temps plein salarié.		

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 ?	Des barres d'appui sont présentes dans les couloirs. La mission n'a observé aucune entrave aux déplacements des résidents notamment en fauteuil roulant. Des salons aménagés sont disponibles à chaque niveau.		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...) ?	L'entrée de l'établissement est sécurisée au niveau du portillon et du sas par un digicode. L'UVP située au RDC est également sécurisée par digicode.		L311-3 1° CASF (sécurité du résident)
			Les systèmes d'appels malades sont installés dans les chambres (poires au niveau du lit). L'acquiescement se fait dans la chambre. L'appel se répercute sur les DECT des soignants. En l'absence de réponse dans un délai de 10 mn, l'appel bascule aux infirmières. Les relevés de suivi des appels mis à disposition de la mission sur les périodes du 01/05/2024 au 03/07/2024 font ressortir des temps de réponses anormalement élevés : - De 21 mn à 48 mn sur certaines périodes du mois mai Sur la période plus récente du 30/06/2024 au 03/07/2024, le relevé montre que plusieurs appels n'ont pas été suivis d'une réponse ou avec un temps de réponse supérieur à 10 mn. Cet état de fait est documenté dans un support « réunions métiers soins » animée par l'IDEC. Il ressort de ce document que le bilan annuel 2023 fait état d'un dysfonctionnement du logiciel traceur notamment. Un objectif d'un temps de réponse inférieur à 10 mn a été fixé au personnel. Le même bilan réalisé de janvier à avril 2024, produit le même constat qu'en 2023 : dysfonctionnement des DECT et objectif d'une réponse inférieure à 10 mn. L'action correctrice n'est donc pas effective à date.	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".
2.5.4.3	Sécurités	Existe-t-il des systèmes d'appel pour les résidents : dans les chambres, dans les cabinets de toilette, dans les lieux communs ? portés par les résidents eux-mêmes ? L'utilisation des appels-malade est-elle caractérisée par un signal sonore, visuel ? Existe-t-il une organisation permettant de s'assurer que le système de réponse aux appels des résidents (sonnettes...) garantit une réponse rapide ?			

Prises en charge (le volet soin/médical est traité dans la note en annexe 4)

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
3.1.2.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier que les documents prévus par les textes existent et sont appliqués (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour...) - Vérifier que les différentes procédures applicables tout au long du séjour sont effectives Principales catégories de risques possibles : Juridique, Sécurité des personnes ; Maltraitance			
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 ?	Il n'existe pas un référent « PAI » par résident. En effet, le psychologue recueille les habitudes et les souhaits de chaque résident lors de l'élaboration et la réactualisation de son « PAI ». Le psychologue coordonne la mise en œuvre des « PAI » de l'élaboration jusqu'à leurs évaluations. La direction, quant à elle, se charge de la validation de ceux-ci. Les « PAI » sont actualisés tous les ans pour les résidents dans les unités classiques, et tous les 6 mois pour les résidents en UP. Les personnes accueillies participent à la réunion d'élaboration de leur « PAI » s'ils le souhaitent.		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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.4.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer que les professionnels, qu'ils soient à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure, travaillent en coordination et échangent les informations pertinentes pour la personne accueillie Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes ; Maltraitance			
3.1.4.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités organisationnelles et pratiques des échanges 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 instances sont mises en place avec différentes fréquences entre la direction, les encadrants et les professionnels de l'établissement. En plus du « brief » quotidien, il existe des réunions métiers qui se tiennent de manière hebdomadaire. Lors de la visite de la salle du personnel, la mission d'inspection a noté l'absence d'affichage des derniers comptes rendus des réunions métiers. En effet, ceux concernant les réunions ASH sont disponibles dans le bureau de la responsable hébergement. Ils peuvent être consultés à la demande des professionnels.	R10	
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 plannings remis à la mission ne permettent pas de s'assurer d'un temps de chevauchement prévu entre les équipes de jours et de nuit pour les transmissions (cf. point 2.1.4.1)		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 EIR	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 ?	Les familles sont associées dans la prise en charge des résidents avec des temps d'échanges (CVS), la liberté de venir rendre visite et la mise à disposition d'un salon des familles.		
3.2.2.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer du droit des personnes prises en charge - S'assurer du « respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité » des personnes prises en charge - Vérifier le respect de la possibilité de recours à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits Principales catégories de risques possibles : Maltraitance			
3.2.2.1	Respect des droits des personnes	Les droits sont-ils portés à la connaissance par la diffusion de « la charte des Droits et Libertés de la personne accueillie » avec le livret d'accueil et le respect de ses principes ?	La charte des droits et libertés de la personne accueillie est annexée aux contrats de séjour et le livret d'accueil.		L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour) Arrêté du 8 septembre 2003 (charte droit et liberté)
3.2.2.2	Respect des droits des personnes	Quelles sont les possibilités au niveau départemental de recourir à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits ? Une liste départementale peut-elle ainsi être proposée pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer le choix ?	La liste des personnes qualifiées était bien affichée.		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/SDS 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 ?	Dans la version du 20 décembre 2023 du contrat de séjour, il existe une annexe regroupant une notice d'explication relative à la désignation d'une personne de confiance ainsi que les formulaires associés.		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)

					
3.3.2.2	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 contient un volet à part entière relatif à l'animation. Le jour de l'inspection, une sortie à l'extérieur a été organisée par l'animatrice. La mission de l'inspection n'a pas pu s'entretenir avec elle, d'une part, et a constaté, d'autre part, qu'en son absence, les animations indiquées dans le programme d'animation n'étaient pas réalisées. Une alternative en son absence serait souhaitable pour maintenir une animation dans l'établissement pour les résidents ne bénéficiant pas d'une sortie extérieure.	R13	

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)
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 a pu visiter une chambre vide et vacante. Une personnalisation des chambres est possible.		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	Principaux objectifs du contrôle : - 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 ?	L'enquête de satisfaction de 2023 contient un volet spécifique relatif à la restauration. Les résultats obtenus montrent que les résidents sont globalement satisfaits par la prestation restauration. Il existe une commission des menus. Les réunions se tiennent avec une fréquence trimestrielle. Les comptes rendus transmis montrent que l'avis des résidents est pris en compte pour l'élaboration 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 repas sont répartis comme suit : - Le petit-déjeuner : 8h-9h30 - Le déjeuner : 12h-14h - Le goûter : 16h-16h30 - Le dîner : 18h30 – 19h30 - La collation : 21h30 – 22h30 Lors de la distribution des repas, la mission de l'inspection a constaté que les fiches des habitudes alimentaires des résidents ne contiennent pas leur photo ce qui peut entraîner des erreurs de distribution des plats par les nouveaux arrivants et/ou les vacataires.	R14	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 (cf. la note en annexe 4)

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 : Transmettre le procès-verbal (PV) du CVS mentionnant la présentation du CPOM. Le PV doit être daté et revêtu la signature du représentant des résidents, des familles et du personnel.
- E2 : Transmettre le procès-verbal (PV) du CVS mentionnant la présentation du projet d'établissement 2022-2027. Le PV doit être daté et revêtu la signature du représentant des résidents, des familles et du personnel.
- E3 : Recruter et pérenniser un directeur d'EHPAD diplômé et qualifié, remplissant les conditions de recrutement fixées par la réglementation.
Transmettre le contrat de travail, la délégation de pouvoir (DUD), la fiche de poste/mission, le diplôme requis, le Curriculum Vitae (CV), l'organigramme à jour avec la mention des fonctions et des ETP et le livret d'accueil à jour.
- E4 : Publier une annonce pour le recrutement d'un médecin coordonnateur d'EHPAD conforme à la réglementation en vigueur (temps de présence effectif de coordination et qualification/diplôme requis)
Transmettre chaque mois un bilan des annonces publiées et des candidatures reçues.
- E4 bis : Pourvoir le poste de médecin coordonnateur dans les conditions prévues par la réglementation.
Transmettre le contrat de travail et le diplôme et qualifications requis.
- E5 : Transmettre la liste des résidents, à jour, avec la mention pour chacun d'eux des coordonnées du médecin traitant (nom prénom). En l'absence de médecin traitant, indiquer les modalités alternatives de prise en charge.
- E6 : Communiquer le plan d'actions correctrices portant sur les items de la dernière enquête de satisfaction et l'inscrire à l'ordre du jour du prochain CVS.
Transmettre le plan d'actions, le compte rendu du CVS et afficher le plan d'action de manière visible (photo).
- E7 : Mettre à jour et en conformité le règlement intérieur en clarifiant la durée de mandat fixée à 5 ans et la date de fin du mandat des membres actuels du CVS (11 avril 2025) et en ajoutant la possibilité de donner son avis en cas de relogement prévu pour travaux ou fermeture telle que prévue par le CASF.
Transmettre le document à jour et le procès-verbal, daté et signé, de présentation de la nouvelle version au CVS.
- E8 : Diplômer le personnel faisant fonction de soignant en l'inscrivant dans une démarche de qualification professionnelle (VAE).
Transmettre les attestations d'inscriptions ainsi que le plan de qualification 2024.
- E9 : Réajuster à la hausse le nombre d'ASH et d'AS diplômés compte tenu de la faiblesse de ces deux ratios et au regard du profil des résidents accueillis dans l'EHPAD.
Transmettre un tableau des effectifs faisant apparaître les nouveaux recrutements, et joindre les contrats de travail et les fiches de poste associées.
- E10 : Renforcer l'effectif de nuit.
Transmettre un tableau des effectifs faisant apparaître les nouveaux recrutements, et joindre les contrats de travail et les fiches de poste associées.
- E11 : Transmettre les attestations d'inscriptions et/ou de réussite ainsi que les feuilles d'émargement pour les formations suivies par le personnel en 2022 et 2023.
- E12 : Veiller à la bonne tenue du registre des entrées et des sorties des résidents.
Transmettre une attestation sur l'honneur, signée, de la mise à jour du registre.
- E13 : Transmettre chaque mois sur une période de 6 mois à compter du 1^{er} octobre les relevés de suivi des appels malade journaliers mentionnant les temps de réponses.
- E14 : Transmettre les actions correctrices en place et effectives suite aux deux événements indésirables impactant la sécurité de l'établissement (effraction et cambriolage).

Remarques

- R1 : Veiller à la bonne application du plan bleu lors de périodes de forte chaleur. Installer un thermomètre dans les espaces les plus exposés à la chaleur et établir un relevé des températures (traçabilité papier). Utiliser les climatiseurs mobiles dans les espaces ne disposant pas de système fixe de rafraîchissement de l'air.
- R2 : Rendre visible le règlement de fonctionnement.
- R3 : Mettre à jour le règlement de fonctionnement au regard des évolutions prévues par la loi Bien Vieillir du 8 avril 2024 autorisant la présence des animaux domestiques dans l'établissement.
- R4 : Afficher le numéro 3977 de manière visible.
- R5 : Associer davantage les familles, les résidents et leurs représentants aux CVS. Traduire dans le compte rendu les échanges avec les familles et les résidents. Veiller à dater et à signer systématiquement les comptes rendus des CVS par les représentants.
- R6 : Tracer dans le registre qualité les réclamations et les suites données.
- R7 : Tenir à jour le dossier administratif du personnel en veillant à mettre systématiquement la fiche de poste et les attestations de formations notamment qualifiantes.
- R8 : Rendre lisible les plannings du personnel en mentionnant les horaires de travail et les temps de chevauchement entre les équipes de jour et de nuit pour notamment les transmissions.
- R9 : Tenir à jour le dossier administratif du résident en veillant à mettre systématiquement les avenants au contrat de séjour signés par le résident, les décisions de mise sous tutelle et les projets d'accueil personnalisés signés.
Veiller également à procéder systématiquement à un état des lieux lors de l'admission.
- R10 : Afficher dans la salle du personnel des derniers comptes rendus des réunions métiers.
- R11 : Inscrire l'animatrice en poste dans un parcours de formation qualifiante adaptée à l'approche de la gériatrie.
- R12 : Tenir à jour les panneaux d'affichage des activités et des animations.
- R13 : Veiller à maintenir une animation dans l'établissement en l'absence de l'animatrice.
- R14 : Ajouter la photo des résidents sur les fiches de leurs habitudes alimentaires pour prévenir toute erreur de distribution des plats par les nouveaux arrivants et/ou les vacataires.

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD « Korian Montfrais » a été réalisée de manière inopinée le 4 juillet 2024.

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

GOUVERNANCE

- ⇒ Conformité aux conditions de l'autorisation
 - Le plan bleu en cas de forte chaleur n'est pas correctement appliqué
- ⇒ Management et Stratégie
 - Le règlement de fonctionnement n'est pas à jour
 - Le poste de directeur est vacant depuis plusieurs mois
 - Le temps d'exercice du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la loi
 - La présence d'un médecin traitant pour chaque résident n'est pas vérifiable
 - Les mesures correctrices des résultats de la dernière enquête de satisfaction ne sont ni connues ni affichées
- ⇒ Animation et fonctionnement des instances
 - La participation des résidents, des familles et de leurs représentants doit être renforcée et actée dans les comptes rendus du CVS
- ⇒ Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
 - Les réclamations ne sont pas recensées dans le registre Qualité et Gestion des risques

FONCTIONS SUPPORT

- ⇒ Gestion des ressources humaines
 - Du personnel non soignant et non diplômé exerce dans le champ du soin
 - Le ratio d'encadrement du personnel hôtelier (ASH) et du personnel soignant (AS diplômé) est faible
 - L'effectif de nuit est faible
 - Les dossiers administratifs du personnel sont incomplets et ne sont pas à jour
 - L'effectivité des plans de formation du personnel 2022/2023 n'est pas vérifiable
 - Les plannings du personnel ne mentionnent pas les temps de chevauchement entre les équipes de jour et de nuit pour les transmissions
- ⇒ Gestion d'information
 - Le registre des entrées et des sorties des résidents n'est pas à jour
 - Les dossiers administratifs des résidents sont incomplets et ne sont pas à jour
- ⇒ Sécurités
 - Les réponses aux appels malade présentent une durée anormalement élevée

PRISE EN CHARGE

- ⇒ Respect des droits des personnes
 - Les actions correctrices relatives aux deux incidents dans l'établissement (effraction et cambriolage) ne sont pas engagées
- ⇒ Vie sociale et relationnelle
 - L'animatrice ne bénéficie pas de formation sur l'approche de la gériatrie
 - Les panneaux d'affichage des animations et des activités ne sont pas à jour
 - L'animation n'est pas maintenue pour les résidents ne bénéficiant pas d'une sortie extérieure avec l'animatrice

Ces constats, qui ont déjà été communiqués oralement lors de l'entretien avec les membres de la direction, à l'issue de la journée d'inspection du 4 juillet 2024, nécessitent des actions de correction dans les plus brefs délais.

Cergy, le 23 août 2024

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, Coordonnateur de la mission d'inspection Agence régionale de santé	Auditrice qualité et contrôle des ESSMS Département du Val-d'Oise
	Chargée de suivi et de contrôle des ESSMS Département 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 :

Monsieur [nom], 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 [nom], chargée de mission désignée par la Directrice départementale de l'Agence régionale de santé, délégation départementale du Val-d'Oise ;

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

Madame [nom], auditrice qualité et contrôle des ESSMS, Service qualité et contrôle, Direction de l'offre médico-sociale, conseil départemental du Val-d'Oise ;

Madame [nom], chargée de suivi et de contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; Direction de l'offre médico-sociale, conseil départemental du Val-d'Oise.

Cergy, le 1 JUIL. 2024

Mesdames, Monsieur,

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 « Korian Montfrais » situé à Franconville (FINESS ET N° 95 000 925 8) 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.sante.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 :

- , inspecteur de l'action sanitaire et sociale, coordonnateur de la mission d'inspection ;
- , chargée de mission désignée en tant que personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP ;
- , 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 :

- , auditrice qualité et contrôle des ESSMS, Service qualité et contrôle, Direction de l'offre médico-sociale ;
- , chargée de suivi et de contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux, Direction de l'offre médico-sociale.

L'inspection aura lieu à compter du 4 juillet 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,
Le Directeur général des services

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 quelques 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**VOLET ADMINISTRATIF****EHPAD Korian Montfrais**

Inspection du 4 juillet 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 2020 à 2023.	Copie	Oui
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. Les plannings ne font pas apparaître les temps de chevauchement
9	Tableau de suivi des projets de vie.	Copie	Oui
10	Dossiers des résidents et projets de vie.	Consultation	Consulté
11	Dossiers RH des salariés du jour et de nuit (veille)	Consultation	Consulté
12	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	Consulté et présentant des anomalies avec la liste des résidents présents
13	Classeurs 2022-2023-2024 des Réclamations et des EIG.	Consultation + Copie	Consulté
14	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents.	Consultation	N'existe pas
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)	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)	Copie	Oui sauf les documents du directeur – le poste étant vacant
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 et de l'animateur.	Copie	Oui sauf les documents du directeur – le poste étant vacant
19	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Copie	Oui, celui correspondant à l'ancienne direction
20	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Copie	Oui
21	Planning des astreintes et procédure.	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 sauf le livret d'accueil qui n'est pas à jour
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 mais sans les actions correctrices
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.	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.	Copie	Non car absence de traçabilité (document inexistant)
41	Procédure d'accueil des nouveaux arrivants et livret d'accueil du personnel.	Copie	Oui
42	Procédure d'évaluation individuelle des salariés.	Copie	Oui
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	Oui

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

- L'attaché de direction
- L'apprentie en formation de direction
- 2 agents de service hospitalier (ASH)
- 1 Aide-soignante (AS)
- 1 Aide Médico-Psychologique (AMP)
- Le psychologue
- La responsable relation famille

Entretien réalisé par le médecin de l'ARS avec :

- Le médecin coordonnateur/prescripteur
- L'infirmière coordonnatrice (IDEC)
- 2 Infirmières (IDE)

Annexe 4 : Note du médecin de l'ARS sur les constats de la prise en charge médicale

1. Prise en charge médicale

1.1. Organisation de la prise en charge médicale 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	Toutes les demandes d'admission sont analysées par le médecin coordonnateur. Des visites de préadmissions sont réalisées et en cas d'impossibilité (éloignement géographique), le médecin coordonnateur donne son avis sur dossier.		D312-158 2° D312-155-3 2° CASF
3.1.3.3	Projets d'accompagnement individualisé (ou PPR : projet personnalisé du résident)	Tous les résidents ont un projet personnalisé à jour, construit de manière pluridisciplinaire avec implication du résident et de son entourage. Des réunions concernant les projets d'accompagnement ont lieu toutes les semaines. La réévaluation se fait de manière annuelle ou tous les 6 mois pour les résidents en unité protégée. (Sources : entretiens, RAMA 2023, calendrier des réunions.)		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	La commission de coordination gériatrique a lieu une fois par an, la dernière ayant lieu le 22 novembre 2023 (source : compte-rendu de la commission de coordination gériatrique). Le médecin coordonnateur, l'IDEC, les kinésithérapeutes, le pharmacien, la psychologue et la directrice étaient présents. Les médecins généralistes libéraux intervenant dans l'établissement avaient été invités mais ils n'y ont pas assisté.		D312-158, 3° du CASF ¹

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.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.4.5	Quelles sont les modalités d'intervention des médecins traitants ?	Cinq médecins généralistes libéraux interviennent dans l'établissement en tant que médecins traitants pour un total de 16 résidents : - Deux des médecins prennent en charge chacun un patient - Un des médecins prend en charge 2 patients - Un des médecins prend en charge 3 patients - Le dernier prend en charge 9 patients En dehors d'un médecin traitant qui intervient une fois par mois et un autre une fois tous les 1 à 2 mois, les autres interviennent de manière ponctuelle à l'EHPAD. Une résidente est amenée pour les consultations au cabinet de son médecin traitant. Les médecins traitants sont joignables mais sont rarement disponibles pour intervenir en urgence. Ils s'occupent essentiellement des renouvellements de traitements, les urgences étant prises en charge par le médecin coordonnateur. Selon les entretiens, le reste des résidents (98 sur 114) est pris en charge par le médecin prescripteur (qui est également le médecin coordonnateur) à 0,2 ETP.	Remarque n°1 Le temps de médecin prescripteur de 0,2 ETP apparaît insuffisant au vue du nombre de patients pris en charge.	D313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux) L314-12 du CASF (rôle médecins libéraux dans EHPAD) D312-158 2° CASF (missions du MEDCO)

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 sont comptabilisées et analysées dans le RAMA (source : RAMA 2023 transmis). Le taux de résidents sous contention était de 22,2 % en 2023. Les résidents sous contention étaient au nombre de 18 (soit 15,3 % des résidents) au mois de juin 2024 dont 17 barrières de lits (incluant les résidents avec matelas à air et barrières de sécurité obligatoires), 2 fauteuils coquilles et 3 grenouillères (source : extraction du logiciel). Sur un an, ce taux fluctuait de 15,3 % (juin 2024) à 25,2 % (novembre 2023). Celle-ci sont mises en place sur prescription médicale à l'issue d'une discussion pluridisciplinaire et réévaluée mensuellement lors d'une réunion entre le médecin coordonnateur, l'IDEC, l'IDE référente (IDER) et les IDE.	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 : «	

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		Un classeur répertorie les compte-rendu des réunions mensuelles et pour chaque résident sous contention, l'ordonnance et la fiche de consentement.		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 »

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...) ?	Il n'y a pas de diététicien intervenant dans l'établissement mais la prévention de la dénutrition repose sur l'équipe paramédicale et le médecin avec notamment surveillance du poids et de l'albumine, et utilisation de l'échelle Mini Nutritional Assessment pour identifier les résidents dénutris ou à risque de dénutrition (source : entretiens et protocole « Dépistage, diagnostic et prise en charge nutritionnelle de l'adulte ») Un bilan de l'état bucco-dentaire est réalisé systématiquement à l'entrée du résident. Les régimes spéciaux sont prescrits par le médecin coordonnateur. En cas de suspicion de trouble de la déglutition par l'équipe soignante (notamment toux lors des repas), un bilan est réalisé par l'orthophoniste sur prescription du médecin. Le suivi de l'état nutritionnel se fait par le dosage de l'albuminémie et des pesées régulières, tous les mois voire 2 fois par mois en cas de dénutrition sévère même si d'après les entretiens, les 2 pesées par mois sont difficilement mises en place. Sur un échantillon de 10 dossiers, les pesées sont bien mensuelles et le poids est reporté dans NETSoins. Le suivi nutritionnel de tous les résidents est répertorié dans un classeur avec suivi par un tableau des poids et de des albumines. Les patients dénutris y sont identifiés. Des réunions mensuelles avec le médecin coordonnateur, l'IDEC, l'IDER et les IDE sont organisées pour le suivi nutritionnel des résidents.		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 ?			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, AMP – Psychologue – Psychomotricienne Professionnels de santé libéraux : – 5 médecins traitants – 3 kinésithérapeutes – 1 orthophoniste – 1 pédicure-podologue		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) infirmi(er)ère d'encadrement et/ou de coordination ainsi qu'un pharmacien exercent-ils le rôle de référents ? Quelles sont les modalités d'exercice pour chaque mission définie ?	Un médecin est présent à hauteur de 0,6 ETP pour les missions de coordination (et 0,2 ETP pour les missions de prescription). Il est présent tous les jours de la semaine sauf le mercredi matin et vendredi matin. Il peut être sollicité par téléphone par les équipes en cas d'urgence en dehors de ses heures de présence (nuit et week-end). Il intervient parfois le samedi en cas d'urgence. Une IDEC assure le rôle de coordination à temps plein ainsi qu'une IDE référente. Une convention de coopération avec la pharmacie Aquarius signée le 27 septembre 2023 désigne un pharmacien référent. Il élabore avec le médecin coordonnateur la liste préférentielle de médicaments et la liste des médicaments pour soins urgents. Le pharmacien référent s'engage à définir les modalités et les procédures de dispensation, à participer aux réunions de coordination gériatrique et à participer à la sécurisation du circuit du médicament (source : convention transmise).	Ecart n°1 : L'équivalent temps plein du médecin coordonnateur est de 0,60 alors qu'il devrait être de 0,80 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places ; le 04/07/2024, 114 résidents sont pris en charge.	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
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 ?	Les transmissions entre les équipes se font sur le logiciel y compris pour les professionnels libéraux en dehors de l'orthophoniste (transmissions sous format papier). Il existe des temps de transmissions orales quotidiennes pour le personnel paramédical entre 15h00 et 15h30 (IDE et AS) et lors des relais entre équipes entre 7h-7h15 et 20h45-21h. Une réunion hebdomadaire est également organisée tous les lundis avec tout le personnel soignant. Les différents protocoles sont disponibles sur le logiciel et dans un classeur situé dans chaque infirmerie. Des formations ont lieu régulièrement à destination de l'équipe par le médecin coordonnateur ou par des organismes extérieurs par exemple la formation « ASSURE » gestion des situations d'urgence dans les EHPAD par le Gérard'if. Les plans de soins sont enregistrés dans pour chaque résident. Ils sont réévalués régulièrement par le psychologue, l'IDEC, les IDE et AS.		"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 sur papier lors de la distribution des médicaments, elle n'est pas retranscrite sur le logiciel. Des tablettes permettent de tracer en temps réel sur NETSoins mais la connexion est insuffisante pour permettre leur fonctionnement. Les autres soins sont tracés directement sur L'analyse aléatoire de 10 dossiers montre des transmissions régulières et de qualité.	Remarque n°2 Bien que la traçabilité soit correctement réalisée sur papier, il serait souhaitable de mettre en place les conditions techniques nécessaires pour le bon fonctionnement des tablettes afin de faciliter la vérification des ordonnances, la traçabilité de l'administration des médicaments et de limiter le risque d'erreur.	D312-155-0 2° (dispensation soins paramédicaux en EHPAD) R1112-2 CSP (contenu dossier médical) R4311-1 CSP (mission IDE-Recueil données clinique) R4311-2 CSP (mission IDE) R4311-3 CSP (Déf rôle propre IDE) R4311-4 CSP (délégation IDE des actes rôle propre à AS) R4311-5 CSP (Actes du rôle propre IDE) L311-3 5° CASF et L. 1111-7 CSP (accès à ses données de santé et/ou rel à sa PEC) D4391-1 et suiv. CSP (diplôme AS)

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
				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 et vérifiées. Il n'a pas été constaté la présence de médicaments périmés.		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 ?	Oui, une procédure du circuit du médicament signée le 12/02/2024 a été transmise.		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	La dispensation comprend-elle l'utilisation de l'original de la prescription, les informations sur le bon usage du médicament aux prescripteurs et au personnel ? Le dossier pharmaceutique est-il alimenté ? Des prescriptions sont-elles rédigées pour les soins kiné, orthophoniste, IDE, ... ?	L'original de l'ordonnance est disponible dans un classeur, celui-ci est systématiquement vérifié par l'IDE lors de la distribution des médicaments. Les interventions des kinésithérapeutes sont prescrites. Celles 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

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.2.6	Quel est le nombre de médecins traitants qui prescrivent dans le dossier informatisé ? Les prescriptions sont-elles conformes et actualisées ? - date de la prescription, - nom, qualité et signature du prescripteur - dénomination, posologie, durée et voie d'administration - respect des durées maximales de prescriptions autorisées pour certaines classes thérapeutiques (psychotropes (3 mois), hypnotiques (1 mois), durée maximale 12 mois - dénomination commune internationale (DCI) et éventuellement spécialité - mention de la possibilité que l'aide à la prise relève de l'aide aux actes de la vie courante.	D'après les entretiens, seuls 3 résidents ont leurs ordonnances sur papier. Les 2 autres médecins traitants et le médecin coordonnateur/prescripteur prescrivent sur Sur les 10 dossiers sur analyses de manière aléatoire, les prescriptions sur étaient conformes et actualisées.		R5132-3 CSP (modalités de prescription) R5121-91 CSP 2^e alinéa (renouvellement ordonnance par médecin.) R4235-48 CSP (mission pharmacien) Guide HAS « Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments », juillet 2011 Guide des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » de l'ARS Provence Alpes Côte d'Azur-2017, page 17).
3.8.2.7	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 ?	Il existe une liste préférentielle de médicaments élaborée par la direction médicale de Korian et revue par médecin coordonnateur et le pharmacien référent de l'officine conventionnée avec l'EHPAD.		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,	Les IDE ne saisissent pas de prescription mais exceptionnellement, en cas d'urgence le week-end par exemple, le médecin coordonnateur peut être amené à faire des prescriptions par téléphone, qu'il régularise ensuite à son retour.		

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	- dans certaines situations de prescriptions orales : confirmées par écrit ?			
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 de manière automatique via Les ordonnances qui ne sont pas sur 'ordonnances papiers, stupéfiants) doivent être faxées à la pharmacie.		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)
3.8.2.12	Le stock tampon est-il conforme et est-il contrôlé ?	Une dotation non nominative est présente dans un local de stockage fermé au 1 ^{er} étage, contrôlée régulièrement avec un classeur de suivi.		L5126-6 CSP R5126-108 CSP 109 CSP R4312-38 CSP D312-158 13° CASF Guide régional ARS Auvergne-Rhône-Alpes « Le circuit du médicament en EHPAD », septembre 2017 (p16) R4312-43 CSP
3.8.2.13	Y a-t-il une identification jusqu'à l'administration ? - photo du résident dans le classeur des prescriptions - photo du résident sur les piluliers	Les chariots de distribution des médicaments comportent des casiers individuels avec les photos des résidents. Des photos sont également présentes dans le classeur des ordonnances.		R.4311-4 CSP Guide HAS « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments » de mai 2013 : règle des 5B Article L.311-3 1° du CASF, OMEDIT ARS Normandie 2018 ²

² OMEDIT ARS Normandie 2018 : « Les traitements de chaque résident sont regroupés individuellement, de manière nominative (nom et prénom du résident). La date de naissance, la photo peuvent également être rajoutées pour éviter les erreurs d'identité (ex. chariot avec casier individuel). Attention, le numéro de chambre peut être source d'erreur ».

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.2.14	La préparation des médicaments est-elle réalisée dans un local adapté, sécurisé et propre ; l'entretien de l'ensemble des contenants individuels utilisés est-il régulièrement effectué et fait-il l'objet d'une traçabilité ?	Les médicaments sont livrés une fois par semaine par la pharmacie sous forme de rouleau pour chaque résident. Les médicaments ne rentrant pas dans des sachets ou en « si besoin » sont livrés une fois par mois. La préparation des piluliers est réalisée dans les locaux de soins. Les locaux de soins sont adaptés, sécurisés par un code et propres. L'entretien est effectué régulièrement et fait l'objet d'une traçabilité.		Guide pour « la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » (ARS PACA 2017).
3.8.2.16	Les conditions de préparation des médicaments sont-elles réunies pour que le personnel ne soit pas interrompu dans sa tâche ? 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) ?	Oui Oui Oui, les rouleaux reçus par la pharmacie sont contrôlés de manière aléatoire par l'IDEC puis chaque IDE contrôle pour les résidents qu'il prend en charge. Avant l'administration, les médicaments sont contrôlés. La préparation des piluliers se fait une fois par semaine.		R5126-1 CSP (EHPAD peut disposer d'une PUI) Guide pour « la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » (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 réalisée au vu de la dernière prescription. Les chariots de médicaments sont sécurisés par un code.		L311-3 1° CASF (sécurité résident) R4311-4 CSP (IDE et délégation des soins courants) L 4235-48 du CSP (missions pharmacien dans dispensation médicament) R4312-10 CSP (limite de l'IDE dans les soins) R5132-3 du CSP (contenu de la prescription)

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.2.18	Y a-t-il une traçabilité de l'administration ou de la non-administration ? (Identité du résident + identité du soignant) Est-elle enregistrée en temps réel à chaque prise ?	Oui, la traçabilité est retranscrite en temps réel sur papier. La non-administration est tracée sur papier et sur entretiens, procédure Circuit du médicament).		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)
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 ?	Oui, et le médecin coordonnateur indique sur les ordonnances, les médicaments à broyer. Les chariots de distribution sont équipés d'un matériel de broyage avec utilisation de sachets individuels.		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/AMP peuvent distribuer des médicaments après préparation par un IDE (source : entretiens, procédure Circuit du médicament). La liste des personnes habilitées à l'administration des médicaments après formation a été transmise.		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)

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
				L313-26 CASF (aide à la prise de médicament si acte de la vie courante) L311-3 1° CASF (sécurité du résident)
3.8.2.23	Existe-t-il un registre des stupéfiants ? Est-il régulièrement complété ?	Oui, le registre est situé au niveau du coffre de stupéfiant dans un local fermé au 1 ^{er} étage.		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 « Anticiper, repérer, évaluer, suivre et traiter la douleur en établissement Korian » a été transmis : - Il prévoit les indications et conditions de l'évaluation de la douleur avec description des différentes échelles d'évaluation de la douleur avec un chapitre sur la traçabilité - Il aborde la prise en soin non médicamenteuse et médicamenteuse avec listes des antidouleurs L'usage des pompes à morphine est réservée à l'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 « Soins palliatifs et fin de vie » a été transmis. Celui-ci présente les différents aspects et les modalités de prise en soins d'un résident relevant du soin palliatif ou en fin de vie. Il existe également une procédure d'information et de recueil des directives anticipées. Des fiches pratiques sur les soins palliatifs et la fin de vie sont également disponibles pour l'équipe. L'EMSP du CH d'Eaubonne intervient dans les situations de soins palliatifs (sources : entretiens, convention transmise).		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
		L'IDEC est titulaire d'un DU de soins palliatifs. Le psychologue propose aux résidents la désignation d'une personne de confiance et des directives anticipées avec l'intervention de l'IDEC si besoin. Il est indiqué lors des entretiens, qu'une campagne est actuellement menée pour recueillir ces différents éléments car ils n'étaient pas systématiquement renseignés auparavant. Les fiches URGENCE PALLIA sont renseignées pour les résidents en soins palliatifs ou en fin de vie.		
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 : - 5 protocoles pour les urgences et un classe « Fiches réflexes urgences en EHPAD » - 20 pour les risques infectieux / épidémiques - 10 pour le COVID-19 - 9 pour l'état nutritionnel - 1 pour la canicule - 4 pour les chutes (prévention et conduite à tenir) - 1 pour les contentions - 8 pour l'hygiène - 8 pour les escarres		
3.8.3.1	Où sont les 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 ?	Les locaux de soins sont situés à chaque étage et il existe au 1^{er} étage un local supplémentaire de stockage. Les locaux sont propres et sont nettoyés quotidiennement. Le nettoyage complet s'effectue une fois par mois avec feuille de traçabilité.		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,	Les locaux de soins sont équipés d'un plan de travail avec lave-main adapté et produits d'hygiène et de poste informatique.		Article. R. 4312-29 CSP, Article R4312-38

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	- produits d'hygiène (solution hydro alcoolique SHA),	Les chariots de médicaments, de matériel de prélèvements et de pansements sont stockés dans les locaux de soins. Le sac d'urgence est positionné au niveau du local de soins du rez-de-chaussée avec 2 concentrateurs d'oxygène.		
3.8.3.3	Quels sont les moyens de sécurisation contre le vol (matériels, dossiers, informations) ?	Les locaux de soins sont sécurisés par un code d'accès. Les dossiers de soins sont informatisés et les comptes rendus et résultats d'examen papier sont retranscrits dans les dossiers informatisés par le médecin coordonnateur et sont stockés dans des armoires fermées dans les postes de soins.		R4312-35 CSP (IDE et protection données dossier de soins) R.4127-45 CSP (transmissibilité des données médicales) L311-3 4° CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident) L1110-4 CSP (respect vie privée et secret professionnel)
3.8.3.4	Le stockage des médicaments est-il conforme ?	Oui, 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)

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
				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 : Détention 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)
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 sac d'urgence est positionné dans le local de soins au rez-de-chaussée. Le contenu du sac d'urgence est défini par un document « Liste dotation chariot d'urgence vitale EHPAD ». Le contrôle du sac d'urgence se fait une fois par trimestre par l'IDEC ou l'IDER et après chaque utilisation (source : Planning de contrôle sac d'urgence et fiche de traçabilité Contrôle du sac d'urgence) et l'entretien et la vérification une fois par mois par les IDE (source : Fiche de traçabilité Entretien et vérification du sac d'urgence et du défibrillateur). Le défibrillateur est installé au rez-de-chaussée dans un espace visible et facile d'accès avec l'affichage adéquat. Celui-ci est contrôlé une fois par mois.		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)
3.8.4.1	Qui contribue à l'élaboration du projet de soins individualisé ? À son suivi ? À quelle fréquence ? Sur quoi porte-t-il ?	Les projets de soins personnalisés sont élaborés par le médecin coordonnateur et l'IDEC à partir de la synthèse du bilan gériatrique réalisée par le médecin coordonnateur. Les projets de soins sont réévalués tous les ans.		L311-3 3° du CASF (PEC et accompagnement de qualité) D311 du CASF (contrat de séjour et avenant qui précise dans le délai max de 6 mois les objectifs et

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
				les prestations adaptées à la personne) D312-158, 6° du CASF (évaluation gériatrique à l'entrée du résident) HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011
3.8.4.2	Le projet d'établissement comprend-il un volet relatif aux soins ?	D'après les entretiens, il existe un projet d'établissement comprenant un volet relatif aux soins. Le projet était préexistant avant l'arrivée du médecin coordonnateur actuel, celui-ci n'a pas participé à sa mise en œuvre (source : entretiens).		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 chaque infirmerie et sur l'Il sont réactualisés tous les 3 mois et en cas d'hospitalisation.		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	Conventions avec des établissements de santé (articles L.312-7 1° et D.312-155-0 I et 5° du CASF) : La mission a été destinataire de conventions signées avec : - Hôpital Simone Veil (filiale de soins gériatriques, SAU, intervention d'une Infirmière Mobile d'Hygiène) - Equipe Mobile de Gériatrie Extra-hospitalière-Soins Palliatifs et Psychogériatrie de l'hôpital Simone Veil - Service d'Hospitalisation A Domicile de l'hôpital Simone Veil Conventions signées avec des professionnels libéraux (kiné, dentiste) et médecins traitants (article R.313-30-1 du CASF). La mission a été destinataire de conventions signées avec : - Un pédicure-podologue - Un orthophoniste 3 masseurs-kinésithérapeutes Convention signée avec une pharmacie d'officine (L.5126-10, II et R. 5126-105 et sv du CSP) : La mission a également été destinataire de conventions signées avec : - Le laboratoire - pour la télé-expertise bucco-dentaire L'établissement participe aux réunions de la Filière gériatrique et à celles de		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

VOLET MEDICAL

EHPAD Korian Montfrais

Inspection du 4 juillet 2024

Liste des documents à fournir immédiatement :

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	Immédiat	Oui
2	Liste nominative des résidents sous contention et type de contentions les concernant	Immédiat	Oui
3	Liste nominative des médecins traitants des résidents	Immédiat	Oui
4	Récapitulatif des chutes de l'année en cours (par secteur)	Immédiat	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 rapports 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	Oui
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

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

9	Liste des protocoles de soins existants	Copie	Oui
10	Circuit du médicament	Copie	Oui
11	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS/AES	Copie	Oui (dans le document 10)
12	Procédure relative à la délégation de l'aide à la prise par les AVS/AUXILIAIRES	Copie	N'existe pas
13	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 et hospitalisations en urgence	Copie	Oui
14	Dénutrition	Copie	Oui
15	Contentions	Copie	Consulté
16	Chutes	Copie	Oui
17	Prise en charge de la douleur	Copie	Oui
18	Soins palliatifs	Copie	Oui
19	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
20	Procédure relative à la vérification des péremptions des médicaments et feuilles de traçabilité renseignées depuis 3 mois	Copie	Oui

Conventions :

21-22	Conventions d'exercice signées avec les médecins traitants et avec les professionnels libéraux (kinés, dentistes) intervenant dans l'établissement	Copie	Oui
23	Convention avec la pharmacie d'officine	Copie	Oui
24	Convention avec SAU (urgences)	Copie	Oui
25	Convention avec UCC (unité cognitivo comportementale) : hospitalisation et équipe mobile	Copie	Oui
26	HAD ; SSIAD ; Dispositifs d'appui à la coordination (DAC)	Copie	Oui
27	Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP)	Copie	Oui
28	Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)	Copie	N'existe pas
29	Laboratoires - Centre de radiologie	Copie	Oui

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD « Korian Montfrais » a été réalisée de manière inopinée le 4 juillet 2024. La visite des locaux et les différents entretiens avec le médecin coordonnateur, l'IDEC et 2 IDE permettent de faire les constats suivants :

- Des temps de médecin coordonnateur et de médecin prescripteur insuffisants entraînant un glissement de tâches vers l'IDEC. Néanmoins, le suivi médical des résidents est régulier avec une prise en charge satisfaisante sur le volet soins.
- La traçabilité de l'administration des médicaments est correctement réalisée mais le bon fonctionnement des tablettes faciliterait cette traçabilité par les équipes et limiterait le risque d'erreur.

Cergy, le 14/08/2024

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