

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes**

Résidence Zemgor (EHPAD)
35 Rue du Martray, Cormeilles-en-Parisis (95240)
N° FINESS 950780395

RAPPORT D'INSPECTION

N° 2024_IDF_00061

Contrôle sur place le 14/10/2024

Mission conduite par les services de l'ARS Ile de France - Délégation départementale du Val d'Oise représentés par :

-
-
-

Et par les représentants des services du Département du Val d'Oise suivants :

-
-
-

Textes de référence

- Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles
- Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique
- Article L.1435-7 du Code de la santé publique
- Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction.....	5
Contexte de la mission d'inspection	5
Modalités de mise en œuvre.....	5
Présentation de l'établissement.....	5
Constats	7
Gouvernance.....	8
Conformité aux conditions de l'autorisation	8
Management et Stratégie	10
Animation et fonctionnement des instances.....	17
Gestion de la qualité	18
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	20
Fonctions support.....	23
Gestion des ressources humaines.....	23
Sécurité.....	30
Prises en charge.....	31
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.....	31
Respect des droits des personnes.....	34
Vie sociale et relationnelle.....	37
Vie quotidienne. Hébergement	38
Soins	40
Récapitulatif des écarts et des remarques.....	44
Écarts	44
Remarques	45
Conclusion	46
Glossaire	47
Annexes	48
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	48
Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis.	50

Synthèse

Eléments déclencheurs de la mission

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

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné,

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 ou de la déclaration
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 budgétaire et financière
8. Gestion d'information
9. Bâtiments, espaces extérieurs et équipement
10. Sécurités

PRISE EN CHARGE

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

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

16. Environnements
17. Coordination avec les autres secteurs

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Cf chapitre « Conclusion ».

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

- Prévenir, repérer et corriger (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 Résidence Zemgor, situé à Cormeilles en Parisis, n° FINESS ET 950780395, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

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

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le 14 octobre 2024, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée)

Il a été réalisé par l'ARS conjointement avec le Conseil départemental du Val d'Oise.

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

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

PRISE EN CHARGE

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

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

16. Environnements
17. Coordination avec les autres secteurs.

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

La liste des documents demandés et le relevé des documents transmis figure en **annexe 2**.

Présentation de l'établissement

Situé 35 rue du Martray 95240 Cormeilles-en-Parisis, l'EHPAD Résidence Zemgor est géré par la Société Philanthropique, située 15 rue de Bellechasse, 75007 Paris.

Ouvert en janvier 1951 et après plusieurs extensions, l'EHPAD ZEMGOR est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale sur l'ensemble de sa capacité et dispose de 220 places autorisées et installées réparties comme suit :

- 208 lits d'hébergement permanent dont 14 lits en Unité d'Hébergement Renforcé (depuis 2014), 12 places en Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (depuis octobre 2013) et 14 lits d'unité pour personnes psychotiques vieillissantes (depuis décembre 2015) ;
- 12 places d'accueil de jour thérapeutique pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées avec depuis février 2014 une plateforme d'accompagnement et de répit pour les aidants.

Selon l'ERRD 2023, le GMP s'estime à 764 et le PMP à 253¹. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles au-dessus des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés.

Les 185 résidents accueillis en 2023 comprennent 11 résidents de moins de 60 ans et 174 résidents de plus 60 ans qui sont répartis comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD ZEMGOR, ERRD 2023	9%	36%	22%	22%	5%
IDF ²	18%	40%	18%	17%	7%

Le budget de fonctionnement de l'EHPAD ZEMGOR est de 10 204 000 € en 2024, dont 1 000 000 € au titre de l'hébergement, 8 000 000 € au titre de la dépendance et 1 204 000 € au titre du soin.

Le CPOM n'est pas signé. Il est en cours de négociations.

L'EHPAD participe aux expérimentations suivantes :

- IDE de nuit,
- HTSH

L'EHPAD a été retenu pour le déploiement d'un centre de ressources territorial (CRT) à destination des personnes âgées en région IDF.

¹ Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 738 et 221 ; en prenant uniquement en compte les établissements du privé lucratif de plus de 100 places, le GMP médian est de 725 et le PMP 216.

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

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
- Sans objet, noté « SO » : point non mis en œuvre au niveau de l'établissement

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
Conformité aux conditions d'autorisation					
1.1.0.0					
1.1.1.0	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - 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. <u>Principales catégories de risques possibles : Juridique</u>			Art.L313-1, 4ème alinéa du CASF
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 et le CD ne sont pas informés ? Les obligations liés à ce statut sont-elles satisfaites ? (Instances gestionnaire : Conseil d'administration (public), Président d'association, PDG	L'EHPAD est un établissement privé à but non lucratif. Le transfert de gestion de la résidence Zemgor vers la Société Philanthropique a eu lieu en 2008.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RPP
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	<p>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) ?</p> <p>Taux de présence au jour du contrôle / taux d'occupation N-1 ?</p> <p>La proportion des chambres doubles est-elle correcte par rapport à la moyenne nationale de 10% ?</p>	<p>Conditions d'autorisation :</p> <p>208 places en hébergement permanent dont</p> <ul style="list-style-type: none"> - 14 places d'UHR - 12 places de PASA <p>12 places d'accueil de jour</p> <p>PFR (plateforme d'accompagnement et de repit en soutien aux aidants)</p> <p>Taux de présence le jour du contrôle : 189 places occupées sur 208 places théoriques soit 90%</p> <p>Il y a 4 chambres doubles et 200 chambres simples.</p>		Art.L313-1 alinéa 4 du CASF Art.L313-4 CASF Art.R314-87 et R314-88-I et -II du CASF Art.D313-15 CASF Art.D332-1 CASF Art.D312-155-0-1 CASF Art.D312-155-0-2 CASF Art.D312-8 et -9 CASF
1.1.1.5	Conformité aux conditions d'autorisation		<p>La direction a-t-elle transmis aux autorités compétentes le CPOM en cours de validité ?</p> <p>La direction a-t-elle communiqué annuellement l'évolution des indicateurs du CPOM ?</p> <p>(NB)selon moi, c'est une info à faire figurer simplement dans la "présentation" de l'EHPAD</p>		Art.L313-11 CASF Art.L313-12
1.1.2.0	Conformité aux conditions d'autorisation		<p>Principaux objectifs du contrôle : Vérifier que les missions réalisées par la structure sont conformes à l'autorisation</p> <p>Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes</p>		
1.1.3.0	Conformité aux conditions d'autorisation		<p>Principaux objectifs du contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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° GAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation	<p>Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 ? <p>Quel est le nombre de personnes majeures relevant d'un régime de protection juridique ?</p>	<p>Le jour du contrôle, l'EHPAD compte 90 résidents. La moyenne d'âge est de 81 ans.</p> <p>GIR 1 : 14% GIR 2 : 39% GIR 3 : 24% GIR 4 : 19% GIR 5 et 6 : 4%</p> <p>113 personnes majeures relevant d'un régime de protection juridique</p>		Art.D313-15 du CASF Art.D312-158, 2°, 4°, 6° du CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat	Références juridiques et RBPP
				ER	
1.0.0				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'Etablissement, projet de service...)			
1.2.1.1	Management et Stratégie	Existe-t-il un règlement de fonctionnement ? Le règlement de fonctionnement est-il affiché dans l'EHPAD ? Le règlement de fonctionnement est-il remis à chaque résident ?	Le règlement de fonctionnement est affiché dans l'accueil et remis à chaque résident. Il a été mis à jour en novembre 2023.		Art.I.311-7 CASF Art.R311-34 CASF
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 est conforme au CASF.	Art.R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.2.1.4	Management et Stratégie	Existe-t-il un projet d'établissement formalisé, en cours de validité, signé par l'organisme gestionnaire après validation par le CVS et transmis à l'ARS ?	Le projet d'établissement 2021-2025 est formalisé, en cours de validité et validé par le CVS et le Comité d'Administration.		Art.L311-8 du CASF Art.D311-38 du CASF Art.D312-160 CASF Art.R314-88 1° du CASF
1.2.1.5	Management et Stratégie	<p>Le projet d'établissement doit contenir les volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> * 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 PV <p>* 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 ?</p> <p>* Bientraitance et prévention maltraitance</p> <p>* Projet d'animation</p> <p>* Perspectives d'évolution et de développement</p> <p>* Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs</p>	Le projet d'établissement est complet et n'appelle pas de commentaire particulier.		Art.L311-8 du CASF Art.D311-38 du CASF Art.R314-88, I, 1° du CASF Art.D312-158, 1° du CASF
1.2.1.6	Management et Stratégie	Existe-t-il un « plan bleu » actualisé et adapté à la structure ?	Ce plan contient-il : <ul style="list-style-type: none"> - les modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre selon les risques - les modalités de la continuité d'activité - les modalités de la reprise d'activité 	Le plan bleu est complet et il a été actualisé le 1 décembre 2023.	Art.L.311-3 du CASF Art.D312-160 CASF Art.D312-155-4-1 Arrêté du 7 juillet 2005, mod. par l'arrêté du 8 août 2005

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RPPR
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-t-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 ?	Le directeur est en poste depuis mars 2024. L'organigramme est à jour et affiché. L'organigramme transmis est nominatif et traduit les liens fonctionnels et hiérarchiques.		Art.L315-17 D 312-176-5 CASF Circ DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil Art.L311-8 CASF Art.D312-155-0 du CASF Art.L312-1, II, 4° CASF HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du resp. d'état et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008
1.2.2.2	Management et Stratégie	Quelle fréquence ont lieu les CODIR / COMEX / COPIL (réunion des cadres de l'EHPAD) ? Qui y participe ? Qui rédige le CR ? Quelle diffusion ?	Le CODIR a lieu une fois par semaine. Une réunion trimestrielle fait office de COMEX ou COPIL élargi. Le CODIR est composé des membres suivants : directeur, directrice des soins, MédCo, responsable des admissions, responsable des affaires financières, responsable des ressources humaines et responsable logistique. L'assistante de direction rédige le compte-rendu qui est diffusé par mail aux participants de chaque réunion.		
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...	Il n'y a aucune affaire en cours au tribunal du conseil des prud'hommes.		Art.L311-3 3° CASF

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, mutualisation Médico et prescripteurs, intervention en cas de vacances de poste de direction, recrutements et plans de formation Existe-t'il une modalité de contact en urgence ?	Les relations avec l'organisme gestionnaire sont perçues comme établies. Art.D312-176-5 CASF		
1.2.2.6	Management et Stratégie	Date de prise de fonction du directeur ? ETP du directeur au sein de l'EHPAD ? Le directeur exerce-t-il dans plusieurs EHPAD ? si oui, lesquels ? Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ? Est-elle cohérente avec les délégations accordées ?	Le directeur est en poste depuis sur 1 ETP. Il existe une fiche de poste actualisée pour le directeur. Elle a été mise à jour le 24 janvier 2024. La fiche de poste est cohérente avec les délégations accordées. Le champ de compétences du directeur tel que présenté dans la fiche de poste inclus : - 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		Art.L315-17 du CASF D312-176-5 du CASF
1.2.2.7	Management et Stratégie	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			Art.D312-176-6 du CASF Art.D312-176-7 CASF Art.D312-176-10 Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007
1.2.2.8	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ? Existe-t-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou Cadres) et des astreintes techniques ? Sont-elles mutualisées avec d'autres établissements ? Si des décisions particulières doivent être prises pendant la nuit en urgence, quelle est la procédure de validation ?	Le diplôme de Master du directeur est réglementaire. Une astreinte est organisée de manière hebdomadaire. Elle est administrative et technique.		

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 ?	Le cadre d'astreinte est sollicité pour une décision urgente au cours de la nuit. En cas d'absence de réponse, le directeur est joignable en permanence.		
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 ?	La direction de l'EHPAD est présente et se rend disponible pour faciliter la mission. La procédure en cas d'absence du directeur est formalisée et connue des professionnels. L'assistante de direction oriente les demandes et redirige vers les membres du CODIR.		
1.2.2.11	Management et Stratégie	Le directeur a-t-il le pouvoir de subdéléguer sa signature et selon quelles conditions ?	Les délégations sont formalisées par écrit. Le document unique de délégation (DUD) transmis à la mission d'inspection n'est pas nominatif et n'est pas signé par le directeur. En outre, il n'est pas suffisamment explicité quant au périmètre des délégations données au directeur.	E01	Art.D312-176-5 CASF Art.R314-88 CASF Art.D315-68 CASF Art.D315-70 CASF Art.D315-71 CASF
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 ?	Le directeur peut subdéléguer sa signature aux membres du CODIR dans le cadre de leur champ de compétences.		Art.D315-67 CASF Art.D315-68 CASF Art.D315-69 CASF
1.2.2.13	Management et Stratégie	La direction a-t-elle remis la fiche de poste à l'IDEC, signée par les 2 parties ?	Il y a 3 ETP d'IDEC attribués au jour du contrôle. Les diplômes des IDEC n'ont pas été transmis.	R01	RBPP HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011 Ordre national des infirmiers, l'IDEC en EHPAD
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 ?	La fiche de poste de l'IDEC n'est pas signée. Il y a _____ je médecin coordonnateur ainsi _____ ETP de directeur de soins. Il y a 3 médecins gériatres en poste (2.8 ETP).	R02	Art.D312-156 du CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.2.2.15	Management et Stratégie	Le MedCo est-il titulaire d'un des diplômes suivants ? - DU de Médecin coordinateur en EHPAD - et/ou des capacités de gérontologie validées dans le cadre de la formation médicale continue - et/ou un diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie.	Le médecin coordinateur est titulaire d'un DU de médecin coordinateur d'EHPAD.		Art.D312-157 CASF et D312-159-1 CASF décret n°2005-560 du 27 mai 2005
1.2.2.17	Management et Stratégie	Le MedCo et le directeur ont-ils signé un contrat sur ses modalités d'exercice, son ETP et ses missions	Le contrat du MédCo est signé. Il n'appelle pas de commentaire particulier.		Art.D312-159-1 CASF Art.R313-30-1 CASF Art.L314-12 CASF
1.2.3.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs du contrôle : - Vérifier les modalités d'organisation et de formalisation de la communication interne auprès des personnes accueillies, de leur entourage ou du personnel - Vérifier les modalités de communication externe promouvant les activités de l'Établissement ou permettant de gérer un événement indésirable ou une crise Principales catégories de risques possibles : Managérial - Social - Médiaérique			
1.2.3.5	Management et Stratégie	Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : <input type="checkbox"/> tarifs / arrêté du CD <input type="checkbox"/> organigramme <input type="checkbox"/> règlement de fonctionnement <input type="checkbox"/> PV des CVS et composition CVS <input type="checkbox"/> PV des commissions de restauration <input type="checkbox"/> résultats de la dernière enquête de satisfaction <input type="checkbox"/> liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) <input type="checkbox"/> charte des droits et libertés de la personne accueillie <input type="checkbox"/> programme des animations de la semaine <input type="checkbox"/> menus affichés à jour <input type="checkbox"/> tarifs et horaires des diverses prestations <input type="checkbox"/> numéro 3977/ALMA	Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : <input type="checkbox"/> tarifs / arrêté du CD <input type="checkbox"/> organigramme <input type="checkbox"/> règlement de fonctionnement <input type="checkbox"/> PV des CVS et composition CVS <input type="checkbox"/> PV des commissions de restauration <input type="checkbox"/> résultats de la dernière enquête de satisfaction <input type="checkbox"/> liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) <input type="checkbox"/> charte des droits et libertés de la personne accueillie <input type="checkbox"/> programme des animations de la semaine <input type="checkbox"/> menus affichés à jour <input type="checkbox"/> tarifs et horaires des diverses prestations <input type="checkbox"/> numéro 3977/ALMA	E02	Art.L.3114 CASF Art.R.311-34 CASF Art.D.311-38-4 du CASF Art.D311-15 du CASF

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
1.3.0			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	La dernière élection du CVS était le [REDACTED] La dernière réunion du CVS a eu lieu [REDACTED] Les documents transmis à la mission d'inspection permettent d'attester que la composition du CVS est conforme à la réglementation Le règlement de fonctionnement a été approuvé par le CVS le [REDACTED]		Art.D311-4 CASF Art.D311-5 CASF Art.D311-6 CASF Art.D311-8 CASF Art.D311-9 CASF Art.D311-12 et -13 CASF Art.D311-15 CASF Art.D311-16 CASF Art.D311-20 CASF
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 ?	Les ordres du jour sont établis par la présidente du CVS. Les membres du CVS ont une adresse mail pour communiquer et pour échanger. Le CVS se réunit 3 fois par an.		
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	Le CVS est-il informés des EI et dysfonctionnement au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?	La présidente, aidée d'une assistante administrative, rédige les CR.	Art.R331-10 CASF	Les EI/G et actions correctrices mises en œuvre sont inclus dans l'ordre du jour du CVS.

Gestion de la qualité

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	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 Principales catégories de risques possibles : 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 ?	Des professionnels sont désignés référents sur les thèmes suivants : qualité hôtelière, qualité et gestion des risques, assistante qualité. Un responsable qualité a été désigné et formé aux méthodes de l'amélioration de la qualité.		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, linge...) font-elles l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ?	Le plan d'amélioration continue de la qualité date du 3 septembre 2013. Il a été actualisé le 28 décembre 2023. Il fait l'objet d'un suivi en COPIL qualité. Celui-ci est composé de l'assistante qualité, la responsable qualité hôtelière, un membre du CODIR.		Art.L312-8 CASF
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 Principales catégories de risques possibles : Juridique			

<p>1.4.2.1</p> <p>Gestion de la qualité</p> <p>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.)</p>	<p>1.4.3.0</p> <p>Gestion de la qualité</p> <p><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 Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes – Managérial</p>	<p>1.4.3.1</p> <p>Gestion de la qualité</p> <p>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 ?</p>	<p>1.4.3.2</p> <p>Gestion de la qualité</p> <p>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</p> <p>Le signalement des faits à effectuer auprès de l'autorité judiciaire est-il réalisé ?</p>
<p>1.4.2.1</p> <p>Gestion de la qualité</p> <p>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.)</p>		<p>1.4.3.1</p> <p>Gestion de la qualité</p> <p>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 ?</p>	<p>1.4.3.2</p> <p>Gestion de la qualité</p> <p>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</p>
		<p>1.4.3.1</p> <p>Gestion de la qualité</p> <p>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 ?</p>	<p>1.4.3.2</p> <p>Gestion de la qualité</p> <p>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</p>

14.3.3	Gestion de la qualité	Existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ?	Le salarié concerné rédige une fiche d'événement indésirable. Une enquête est ensuite menée pour prendre les mesures nécessaires et assurer un accompagnement adapté aux parties impliquées : résidents, familles et collaborateurs. la procédure relative aux incivilités est en cours de déploiement.	Art.L119-1 CASF Art.L.331-8-1 CASF Art.R331-8 CASF Art.434-3 CODE PENAL Art.L313-24 CASF
		Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés aux autorités d'autorisation ?	Ageval est en cours de déploiement également pour la gestion des FEI, réclamations et plaintes des résidents et familles.	
		Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés au Procureur de la République ?	Les cas de maltraitance identifiés ont été signalés à l'ARS et au Conseil Départemental. Aucun signalement auprès du Procureur n'a été effectué.	

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires		Constat ER	Références juridiques et RBPP
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables						
1.5.0.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Principaux objectifs du contrôle :				
1.5.1.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<ul style="list-style-type: none"> - 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 – Médiaïque				
1.5.2.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<ul style="list-style-type: none"> - 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 				

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat	Références juridiques et RBPP
				ER	
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 : <ul style="list-style-type: none"> - enquêtes de satisfaction, - réclamations - plaintes des résidents Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font l'objet : <ul style="list-style-type: none"> - 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 ? 	Ageval est en cours de déploiement. Un système Excel est utilisé pour enregistrer et suivre les enquêtes de satisfaction, les réclamations, les plaintes des résidents. Les documents consultés par la mission d'inspection n'ont pas permis de constater de réponse écrite systématique au déclarant.	R03	Art.L313-24 CASF 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
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 ses ont-elles appropriées la procédure ? Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ? Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables ?	Une fiche de déclaration d'événements indésirables est disponible. Elle est ensuite traitée par la Directrice des Soins. Actuellement les collaborateurs utilisent la fiche d'événement indésirable mise à disposition et le classeur de qualité située aux différents postes de soins. Les fiches sont adressées à la Directrice des soins qui assure le traitement et la mise à place des actions qui en découlent (Retex, formation sensibilisation des professionnels,)		Art.L313-24 CASF 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
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Quelles sont les modalités de suivi, analyses et RetEx des EI ? Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre ? Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Des retours sont-ils faits aux déclarants ?	Les actions mises en œuvre sont incluses dans le PACQ. Elles comprennent : <ul style="list-style-type: none"> - Formation et sensibilisation des équipes - Achat de matériel le cas échéant - Relais aux collaborateurs, les EI sont systématiquement présentés aux réunions qualité dédiées aux familles (deux fois par an) et à chaque réunion de CVS - Sanction disciplinaire le cas échéant Des retours sont faits aux déclarants.		Art.L313-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 Art.R.331-10 CASF Art.R1413-67 à 73 CSP Art.R 1413-79 CSP HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat ER	Références juridiques et RBPP
1.5.1.6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Le signalement des faits à effectuer auprès des autorités administratives est-il réalisé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ARS - CD - Procureur de la République <p>Des retours d'expériences sont-ils élaborés dans les 3 mois et transmis à l'autorité compétente selon les procédures réglementaires en vigueur ?</p>	<p>Les signalements des faits sont effectués auprès de l'ARS et du CD.</p> <p>Aucun signalement n'a été fait auprès du Procureur.</p>		<p>Art.L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016</p> <p>Art.R1413-67 à 70 CSP</p> <p>Art.L1413-14 et R1413-79 CSP</p> <p>Article 40 Code de procédure pénale</p>

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 - Connaitre 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			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	<p>Quels sont les effectifs prévus/en poste ?</p> <p>Comment se répartissent-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - catégories professionnelles, - qualifications, - domaines, - quotité de travail (ETP) - statuts (titulaires, contrats à durée indéterminée (CDI), contrats à durée déterminée (CDD), mis à disposition, intérimaires, stagiaires...), - ratios d'encadrement général et soignants (Charge en soins par IDE <4300 ; Charge en dépendance par AS/AES <3200) <p>Capacité HP x PMP / total ETP IDE, si > 4300 cela traduit un manque</p> <p>Capacité HP x GMP / total ETP AS + AMP, si > 3200 cela traduit un manque)</p> <p>- Quel est le nombre de faisant-fonction d'AS ?</p> <p>Les effectifs sont-ils conformes aux dispositions du CPOM s'il existe ?</p>	<p>Administration :</p> <p>Services généraux :</p> <p>Animation, service social :</p> <p>ASH / lingerie :</p> <p>AS / AMP :</p> <p>Psychologues :</p> <p>IDE :</p> <p>Autres auxiliaires médicaux :</p> <p>Medecins :</p>		<p>Art.D312-155-0 du CASF</p> <p>Art.L.311-3 1° CASF</p> <p>Art.L.311-3 3°</p> <p>Art.L.311-8 CASF</p>
2.1.1.6	Gestion des ressources humaines		<p>Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaire CDI, CDD cour ou long, intérim, autres) et leur nb respectif ?</p> <p>Combien de professionnels en intérim par catégorie professionnelle par rapport aux emplois liés à l'activité normale et permanente de l'établissement ?</p> <p>Y a-t-il recours en proportion importante aux CDD ou en intérim ?</p>	<p>16 personnes en CDD</p> <p>1 personne en intérim</p> <p>151 personnes en CDI</p> <p>Il n'y a pas de recours important à l'intérim ou au CDD selon les documents transmis.</p>	<p>Art. L. 1242-2 du Code du travail</p> <p>Art. L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail</p> <p>Art. D. 312-155-0 II 11 du CASF</p> <p>Art.L311-3 CASF</p> <p>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</p>
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines		<p>Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?</p>		<p>Art.L.311-3 1° CASF</p> <p>Art.L.311-3 3°</p> <p>Taux de rotation national médian : 12,2% (2019)</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
2.1.1.7	Gestion des ressources humaines	<p>Quel est le contenu des dossiers administratifs des professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	<p>Les dossiers des professionnels consultés ne sont pas systématiquement complets.</p>	E03	Art.L133-6 CASF Art L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail Art L451-1 CASF Art D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 relatif à la formation au DEAES Art L.4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DEAS Art R. 4311-3 et -4 CSP
2.1.1.8	Gestion des ressources humaines	<p>Nombre et qualité des professionnels/prestataires externes ?</p> <p>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...) ?</p>	<p>La vérification par l'établissement des diplômes et des inscriptions aux ordres des professionnels de santé externes n'a pas été démontée.</p>	E04	Art. D312-157 CASF Art D312-155-0 II CASF Art L312-1 II 4 ^e alinéa CASF Art L.4391-1 du CSP et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS Art D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 aout 2021 relatif au DE AES
2.1.2.0	Gestion des ressources humaines	<p>Principaux objectifs du contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Principales catégories de risques possibles : Juridique - Managérial - Social</p>	<p>Existe-t-il un plan de formation des professionnels actualisé pour N et N+1 ?</p> <p>Formations externes + mini formations sur les thématiques et procédures de soins de l'EHPAD</p> <p>Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ? A des formations diplômantes ?</p>	<p>Le plan de formation pour N est actualisé.</p> <p>Les professionnels ont accès à des formations externes et des formations diplômantes (aide-soignante, IDE, master RH, master MOSS)</p> <p>Les thèmes de formation sont les suivants :</p>	Art L313-12-3 CASF HAS, "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance", 2008 Art L119-1 CASF HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008
	Gestion des ressources humaines	<p>Quels sont les thèmes des formations (bientraitance, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...)</p> <p>Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • AFGSU 2 initial • Se protéger de l'agressivité • Hygiène et soins de base 	:	25/51

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RPP
		<p>Le médecin coordonnateur contribue-t-il à la mise en œuvre de la politique de formation ?</p> <p>Quelle est la place faite à la prévention de la maltraitance ?</p> <p>Les personnels sont-ils sensibilisés aux troubles du comportement ou aux troubles sensoriels pour adapter leur attitude professionnelle ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les personnes âgées dépressives et la prévention du suicide Initiation à la démarche Snoezelen et à l'utilisation du chariot mobile Bienveillance de soi et de l'autre Gestes et postures - Manutention de personnes La relation aux personnes en situation de handicap - familles - professionnels Accompagner la personne âgée souffrant de troubles psychiatriques Trouble neurodégénératif, troubles associés à la déambulation et bienveillance Les interactions avec les familles des personnes âgées Le projet personnalisé Déclaration interne des événements indésirables associés aux soins <p>Le MedCo contribue à la mise en œuvre de la politique de formation.</p> <p>La maltraitance est un sujet inclus dans la démarche quotidienne de formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation régulière lors des transmissions Rappels sur l'utilisation des outils de signalement Réunions dédiées (coordination thérapeutique) <p>Cette démarche se traduit fréquemment par une évolution vers un métier de niveau supérieur (par exemple, la formation d'une ASH au métier d'IDE). La mobilité peut s'effectuer au sein de l'établissement ou à l'échelle de l'Association. Toutes les offres sont publiées sur le site de l'Association, et le plan de formation intègre les dispositifs nécessaires pour accompagner ces transitions professionnelles.</p> <p>La demande de VAE se fait lors des entretiens d'accompagnement avec les IDEC et lors des entretiens professionnels.</p>		
2.1.2.3	Gestion des ressources humaines	<p>L'aide à la mobilité interne des agents est-elle prise en compte dans le plan de formation ?</p> <p>Quelle est la procédure d'information du personnel relative à la VAE ?</p> <p>Quelle est la procédure d'inscription à la VAE ?</p> <p>Combien d'ASH intégrées dans le protocole VAE d'AS-AMP-AES ?</p> <p>Les ASH en VAE ont-ils tous un tuteur ?</p>			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines		<p>Les collaborateurs peuvent faire part de leur souhait d'entamer une VAE lors des entretiens professionnels ou des entretiens d'accompagnement avec leur supérieur hiérarchique (N+1). Une fois le projet défini, l'établissement prend en charge l'accompagnement à la VAE et positionne le collaborateur sur des fonctions de soin, sous le tutorat d'une aide-soignante diplômée et une infirmière.</p> <p>2 ASH ont intégré un protocole VAE d'AS-AMP-AES. Les ASH en VAE ont un tuteur.</p>		
2.1.3.0	Gestion des ressources humaines	<p>Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ?</p> <p>Les nouveaux arrivant sont-ils accompagnés d'un pair ?</p> <p>Existe-t-il des pratiques organisées de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole...) ?</p>	<p>Il existe un protocole d'accueil des nouveaux professionnels. Dans la mesure du possible (selon les effectifs), ils sont accompagnés d'un pair pour leur premier jour.</p> <p>Le premier jour il est accueilli par le service RH pour la présentation de tous les documents, la signature du contrat et tous les aspects logistiques. Ensuite il est pris en charge par son chef de service qui le présente aux équipes.</p> <p>Le deuxième jour, il travaille en équipe avec un pair notamment pour les services soignants.</p>		<p>HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008</p>
2.1.3.1	Gestion des ressources humaines		<p>Principaux objectifs du contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 		<p>Art L4121-3, L41-3-1 & R 4121-1 & R4121-2 du Code du Travail</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.4.0	Gestion des ressources humaines	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			
2.1.4.1	Gestion des ressources humaines	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 ?	Les plannings sont faits en avance. Ils sont réalisés via l'outil Octime. Chaque catégorie professionnelle à un roulement prédefini : <ul style="list-style-type: none"> - Les IDE : roulement sur 2 semaines - Les AS de jour : roulement sur 8 semaines - Les administratifs : roulement sur 1 semaine 		
2.1.4.5	Gestion des ressources humaines	Comment est organisée la planification des professionnels : <ul style="list-style-type: none"> - 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 ?	Les horaires varient en fonction de la catégorie de métier. Le premier roulement se fait à 7h entre l'équipe de nuit et la première équipe de jour. Répartition sur la journée :		
2.1.4.10	Gestion des ressources humaines	Quelles sont leurs qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end ?	Il y a une IDE	Elle intervient sur appel à	
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées : <ul style="list-style-type: none"> - 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 transmises à la mission d'inspection décrivent les fonctions de chaque corps de métier.	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels humaines ?	L'établissement a mentionné à la mission d'inspection l'existence de glissements de tâches. Un travail est en cours pour les analyser et y remédier.	E05	Art L451-1 du CASF Art L.4391-1 du CSP et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS Art D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES Art R4311-1 CSP Art D312-155, 2 ^e CASF Art L311-3, 1 ^e CASF
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 ?	En cas d'absences imprévues, des modes d'organisation en effectif réduit sont définis et communiqués aux équipes. Par ailleurs, des renforts peuvent être sollicités, notamment par le recours à des CDD ou à des intérimaires pour les postes d'IDE.		

Sécurités

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPPI
				Sécurités	
2.5.0.0					
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 ?	L'établissement dispose des barres d'appui dans tous les espaces de circulation.		Art.L311-3 1° CASF 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".
2.5.3.4	Sécurités	La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues ? Quelles en sont les caractéristiques (digicode, portillons de détection, vidéosurveillance...) ?	La mission d'inspection a constaté que le code d'accès du portail extérieur est indiqué sur une affiche placée à côté de la porte.	R04	Art.L311-3 1° CASF
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 ?	L'établissement est équipé d'un système d'appel pour les résidents dans les chambres, dans les cabinets de toilettes et dans les lieux communs. L'utilisation des appels-malade est-elle caractérisée par un signal visuel. Le test réalisé par la mission d'inspection a révélé plus de 8 min de temps de réponse. L'inspecté confirme, qu'à date, aucun système de suivi n'est mis en place afin de suivre les délais de réponse aux appels des résidents.	R05	Art.L313-4 CASF Art.L311-3 CASF 1° 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".

Prises en charge

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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie					
3.1.0.0					
3.1.1.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - S'assurer de la mise en œuvre d'une procédure d'admission <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes - Maltraitance	Quelle est l'origine de la demande d'admission ? (famille, hôpital, ...) Utilisation du dossier unique d'admission (CERFA 14732*03) ? Utilisation de VIA-TRAJECTOIRE ?	Il existe une procédure qui décrit le processus d'admission. La procédure indique qu'un soignant référent est désigné pour chaque nouveau résident. La direction indique que ce mode de fonctionnement n'est pas effectif à ce jour en raison de problématiques de ressources humaines.	Art.R. 311-33 à -37 CASF Art.D312-155-1 CASF Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1", 2011
3.1.1.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> Existe-t-il une procédure décrivant les étapes du processus d'admission, notamment pour les primo arrivants ?	Existe-t-il des critères et une procédure de communication de refus d'admission ?	Il existe une procédure de traitement d'une demande d'admission qui indique les modalités de communication de refus d'admission.	
3.1.2.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - 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 <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Juridique, Sécurité des personnes ; Maltraitance			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP	
		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'accès et 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				
3.1.3.0	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 participant-elles à l'élaboration et à la mise en pratique de leur projet d'accueil et d'accompagnement de leur contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge ?	Le tableau de suivi transmis n'est pas à jour et permet de constater que les PAI ne sont pas suivis depuis janvier 2024. Il n'a pas été identifié lors des entretiens, un référent responsable du pilotage de la réalisation et du suivi des PAI.	E06	Art.L311-3°2° CASF Art.L311-3°3° CASF Art.L311-3°7° CASF Art.R4312-14 Art.D312/155.0 3° 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
3.1.3.3	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				
3.1.4.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Principaux objectifs du contrôle :				
3.1.4.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités organisationnelles et pratiques des échanges entre direction, encadrement, professionnels de l'établissement et intervenants dans celui-ci; dans le but d'une démarche d'amélioration de la prise en charge des résidents : - temps d'expression, - de partage d'information ?	Des réunions (RETEX, réunion de service trimestrielle) sont mises en place avec les professionnels de l'établissement, permettant des temps d'expression et de partage d'information.			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.1.4.4	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Existence et fréquence de réunions de synthèse, des temps de transmissions d'étude de cas, composition de ces réunions sur prévention, thérapeutiques, rééducation ?	Il existe un calendrier des réunions pluridisciplinaires.		Art.D312-158, 3° du CASF Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles HAS, "La Commission de coordination gériatrique", 2018
3.1.4.5	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités d'intervention des médecins traitants ? Combien ? Fréquence ? Journables ? Ont-ils signé un contrat avec l'EHPAD ?	Cf rapport médical		Art.D313-30-1 CASF Art.L314-12 du CASF Art.D312-158 2° CASF
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 plages horaires ne figurent pas dans les plannings transmis. Le temps de chevauchement entre les équipes n'a pas pu être vérifié. Le logiciel [redacte] est utilisé pour les transmissions.		Art.L.311-3-4° CASF Art.R4311-1 CSP Art.R4311-2 CSP

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.0.0					
3.2.1.0	Respect des droits des personnes	<p>Principaux objectifs du contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer du respect des liens avec la famille et les proches de la personne prise en charge <p>Principales catégories de risques possibles : Juridique</p>			
3.2.1.1	Respect des droits des personnes	<p>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 ?</p> <p>Principales catégories de risques possibles : Juridique</p>	<p>L'établissement a mis en place la pair-aidance. L'animatrice accueille des jeunes inscrits dans le dispositif du service national universel. Des espaces d'accueil sont mis à disposition des familles et des visiteurs.</p>		
3.2.2.0	Respect des droits des personnes	<p>Principaux objectifs du contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Principales catégories de risques possibles : Maltraitance</p>			
3.2.2.1	Respect des droits des personnes	<p>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 ?</p>	<p>La charte des Droits et Libertés de la personne accueillie est affichée dans les locaux. Le livret d'accueil est également affiché.</p>		<p>Art.L311-4 CASF</p> <p>Arrêté du 8 septembre 2003</p>

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.2.2	Respect des droits des personnes	Quelles sont les possibilités au niveau départemental de recourir à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits ? Une liste départementale peut-elle ainsi être proposée pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer le choix ?	L'arrêté relatif aux personnes qualifiées dans le département est bien affiché. Le livret d'accueil n'est pas à jour au sujet des personnes qualifiées sur le département.	R06	Art.L311-3, 6° CASF Art.L311-4 CASF Art.L311-4-1 CASF Art.L311-5 Art.L311-5-1 et D311-0-4 CASF Circularie DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative au livret d'accueil
3.2.2.5	Respect des droits des personnes	A-t-il été mis en place un dispositif pour faire connaître la possibilité de désigner une personne de confiance (art. L. 1111-6 du CSP), facilement accessible d'une personne accueillie ? Les personnes de confiance sont-elles identifiées dès l'admission ? Existe-t-il un dispositif d'accompagnement et un interlocuteur formé ?	La désignation de la personne de confiance est portée à la connaissance des résidents dans le livret d'accueil.		Art.L311-4, 6° alinéa CASF Art.L1111-6 CSP et Art.L311-5-1 et D311-0-4 CASF
3.2.3.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer de la liberté d'aller et venir des personnes - Vérifier le respect des règles applicables à la contention Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Sécurité des personnes ; Maltraitance			Art.R311-0-5 à 9 CASF Art.R311-37-1 CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.3.1	Respect des droits personnes	<p>Les contentions sont-elles comptabilisées et analysées dans le RAMA ?</p> <p>En cas de pratique de contention, son caractère est-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> - individualisé, - motivé, - issu d'une discussion pluridisciplinaire, - sur prescription médicale, - régulièrement réévalué selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles existantes ? 	<p>Cf rapport médical</p>		<p>Art.L311-3 1° CASF</p> <p>Art.R311-0-7 CASF</p> <p>Art.R331-0-8 CASF</p> <p>Art.R331-0-9 CASF</p> <p>Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée HAS octobre 2000</p> <p>Art. 3 Charte des droits et libertés des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance , « Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société »</p>

Vie sociale et relationnelle

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.3.2.1	Vie sociale et relationnelle	Existe-t-il un ou plusieurs référent(s) chargés de coordonner les animations sur la base d'un projet d'animation formalisé varié (activités artistiques, culturelles, sportives...) et pouvant se dérouler au sein de la structure comme des activités telles que cuisine, jardinage, ateliers de créativités, ateliers divers, groupe de parole, fêtes, anniversaires... suivie de l'actualité avec les journaux ?	L'établissement dispose d'une animatrice à temps plein pour les résidents de l'EHPAD. Par ailleurs, l'animation dans les unités spécifiques est assurée par une soignante. Les activités proposées sont adaptées à la population accueillie.	R07	Art.L311-3-3° CASF Art.D312-159-2 Annexe 2-3-1 V CASF
3.3.2.2	Vie sociale et relationnelle	Y a-t-il un programme d'animation spécifique aux unités Alzheimer (UvP, ...)	Le planning est affiché au sein de l'EHPAD. Cependant, celui des unités spécifiques n'était pas à jour au jour de l'inspection. L'établissement ne dispose pas de projet d'animation.		
		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 animation.		

Vie quotidienne. Hébergement

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.4.0.0					
3.4.1.0	Vie quotidienne - Hébergement	<p>Principaux objectifs du contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que les personnes accueillies disposent d'un espace individuel Principales catégories de risques possibles : Maltraitance 			Art.D312-159-2 CASF
3.4.1.1	Vie quotidienne - Hébergement	<p>Quel est l'équipement de la chambre, premier espace personnel, contribuant au bien-être dans le nouveau domicile... ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	<p>La chambre dispose des équipements nécessaires et adaptés pour l'accueil des personnes âgées.</p>		Art.L311-7-1 Annexe 2-3-1 II CASF
3.4.3.0	Vie quotidienne - Hébergement	<p>Principaux objectifs du contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que les conditions de restauration permettent une alimentation adaptée aux besoins des personnes Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes ; Maltraitance 			Art.D312-159-2 CASF
3.4.3.2	Vie quotidienne - Hébergement	<p>Existe-t-il une enquête de satisfaction sur la restauration ?</p> <p>Il y a-t-il une commission des menus ?</p>	<p>Une enquête de satisfaction est effectuée auprès des résidents et comprend un volet restauration.</p> <p>Les commissions des menus sont tenues 6 fois par an.</p>		Recommandations nutrition du GEM-RCN, Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique, 2015
3.4.3.3	Vie quotidienne - Hébergement	<p>Existe-t-il la possibilité d'un menu ou de mets de substitution ?</p>	<p>Il existe la possibilité d'un menu de substitution.</p>		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat	Références juridiques et RBPP
				E/R	
3.4.3.5	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il un recensement et suivi actualisés des régimes, textures, compléments nutritionnels oraux ?	La mission d'inspection a constaté l'affichage dans la salle de restauration des informations médicales spécifiques à une résidente contrevenant au secret médical.	R08	Art.L311-3° CASF
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.	Petit déjeuner : A partir de 8h Déjeuner : de 12h00 jusqu'à 13h15 Gouter : 15h Repas de soir : 18h15 jusqu'à 19h30 Une collation est mise à disposition la nuit.		Art.D312-159-2 Annexe 2-3-1 III 2° CASF 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
3.4.3.9	Vie quotidienne - Hébergement	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 ?	Cf rapport médical		Art.D312-155-0 2° CASF doctrine régionale 2019-074 de l'ARS-IDF Art.L311-3° CASF HAS reco 2007 HAS reco 10 novembre 2021 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson

Soins

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.8.0.0					
3.8.1.0	Soins	<p>Principaux objectifs du contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none">- Vérifier la présence des personnels compétents prévus par les textes ou les conventions- Vérifier que les personnels ont les qualifications prévues par les textes <p>Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Sécurité des personnes</p>	<p>Salariés de l'établissement :</p> <p>1 médecin coordonnateur à temps plein</p> <p>3 médecins généralistes à temps plein</p> <p>1 directrice des soins</p> <p>IDE, IDE et IDE de nuit</p> <p>AS</p> <p>2 psychologues à</p> <p>2 psychomotriciens</p>	Art L312-1 II 4 ^e alinéa CASF Art L311-3 3 ^e	
3.8.1.1	Soins	<p>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 ?</p>	<p>Professionnels de santé libéraux :</p> <p>3 kinésithérapeutes</p> <p>2 orthophonistes</p> <p>1 pédicure-podologue</p> <p>Un médecin est présent à hauteur de de coordination.</p>		
3.8.1.4	Soins	<p>Un médecin exerce-t-il une fonction de coordination de l'équipe soignante ?</p> <p>Un(e) infirmier(e) est d'encadrement et/ou de coordination ainsi qu'un pharmacien exercent-ils le rôle de référents ?</p> <p>Quelles sont les modalités d'exercice pour chaque mission définie ?</p>	<p>Une directrice des soins est présente : _____ ainsi que 3 IDEC.</p> <p>Une convention a été signée avec la _____ dont un pharmacien intervient comme référent, celui-ci participe notamment aux commissions générales (Source : entretiens, CR commissions générales).</p>		Art. D. 312-155-0, II CASF Art. D. 312-156 CASF Ordre national des infirmiers Art. L. 5126-10, II et R. 5125-107 du CSP

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.2.0	Soins	<u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier que l'organisation des soins répond aux dispositions prévues par les textes et permet de mener à bien le projet de soins de la structure : évaluation des besoins, surveillance de l'état de santé, actes techniques, protocoles, circuit des médicaments, rangement et archivage des dossiers des patients <u>Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Sécurité des personnes</u>			
3.8.2.4	Soins	Existe-t-il des procédures du circuit du médicament ?	Cf rapport médical		Art.R4311-7 CSP Art.L311-3-1° CASF Art.R4312-43 CSP
3.8.2.13	Soins	Y a-t-il une identification jusqu'à l'administration ? - photo du résident dans le classeur des prescriptions - photo du résident sur les piluliers	Cf rapport médical		Art.R4311-4 CSP Guide HAS « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments » de mai 2013 ; règle des 5B
3.8.2.16	Soins	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) ?	Cf rapport médical Cf rapport médical		Art.R5126-1 CSP Guide pour « la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux »
		Les médicaments sont-ils préparés pour partie au moyen d'un automate (gestionnaire, lieu d'installation) ? Quel est le personnel impliqué ? personnel de la PUI ou l'IDE de l'ESSMS, personnel de l'officine (préparateurs en pharmacie sous la présence effective du pharmacien) dans les locaux de l'ESSMS, personnel de l'officine dans les locaux de l'officine par le personnel compétent de l'officine ?			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
3.8.3.0	Soins	Principaux objectifs du contrôle : - Apprécier si les locaux et les équipements permettent une prise en charge adaptée aux besoins et répondent aux conditions d'hygiène Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Sécurité des personnes			
3.8.3.1	Soins	Où sont localisés les postes dédiés aux soins ? Selon quelle logique organisationnelle (au sein de chaque unité ou centralisée) ? Quels sont leur propreté apparente et le respect des règles d'hygiène pour l'entretien notamment des surfaces ?	Cf rapport médical		
3.8.3.2	Soins	Quels sont les équipements des postes de soins : - matériel de pesée, - chariot d'urgence, - instruments de mesure, - produits d'hygiène (solution hydro alcoolique),	Cf rapport médical		
3.8.3.3	Soins	Quels sont les moyens de sécurisation contre le vol (matériels, dossiers, informations) ? Les affichages dans les locaux professionnels sont-ils tenus à jour ?	Cf rapport médical		Art.R4312-35 CSP Art.R.4127-45 CSP Art.L311-3-4 ^e CASF Art.L110-4 CSP

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.3.8	Soins	<p>Le stockage du chariot d'urgence est-il adapté ? Aspiration ? Fonctionnelle ? Le chariot d'urgence est-il : - scellé, - vérifié mensuellement et après chaque utilisation ? Extracteurs d'O2 ? Si obus d'oxygène sont-ils : - stockés dans un système de fixation (prévention chute obus) - stockés dans un local dédié</p>	Cf rapport médical		Art.L311-3 1° CASF Art.D312-158 13° CASF Art.R4312-39 CSP Art.R4312-43 du CSP
3.8.3.9	Soins	<p>Est-il : - installé dans un emplacement visible du public - installé dans un endroit en permanence facile d'accès - accompagné d'une signalétique conforme aux exigences réglementaires - en état de fonctionnement ?</p>	Cf rapport médical		Décret n°2018-1186 du 19 décembre 2018 Décret n° 2018-1259 du 27 décembre 2018 Loi du n°2018-527 du 28 juin 2018 Arrêté du 29 octobre 2019
3.8.4.0		<p>Soins <u>Principaux objectifs du contrôle :</u> - Vérifier l'existence et le contenu des projets de soins individuels - Vérifier la tenue à jour du dossier médical de la personne (actes techniques, consultations, hospitalisation...) et l'existence du dossier de liaison d'urgence (DLU) <u>Principales catégories de risques possibles :</u> Sécurité des personnes ; Éthique</p>			
3.8.4.2	Soins	<p>Le projet d'établissement comprend-il un volet relatif aux soins ? Comment et par qui a-t-il été élaboré ? À partir de quels constats ?</p>	Cf rapport médical		Art.L311-8, D311-38 et D312-158, 1° du CASF HAS, "L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en ESMS", 2009

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

Numéro	Nature de l'écart	Textes de référence	Item(s) du rapport	Numéros de page(s)
E01	Absence de signature du document unique de délégation, qui par ailleurs est non nominatif et insuffisamment explicite quant au périmètre des délégations données au directeur.	Art.D312-176-5 CASF	1.2.2.10	15
E02	Affichage réglementaire incomplet	Art. D.311-38-4 du CASF Art. D311-15 du CASF Art.L133-6 CASF Art L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail Art L6315-1, du Code du travail Art L451-1 CASF Art D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 relatif à la formation au DEAES Art L.4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DEAES Art R. 4311-3 et 4 CSP	1.2.3.5	16
E03	Incomplétude des dossiers administratifs des professionnels	Art L.133-6 CASF Art L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail Art L6315-1, du Code du travail Art L451-1 CASF Art D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 relatif à la formation au DEAES Art L.4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DEAES Art R. 4311-3 et 4 CSP	2.1.1.7	25
E04	Absence de vérification des diplômes et inscriptions aux ordres des professionnels de santé externes	Art L312-1 II 4°allinéa CASF Art L451-1 du CASF Art L.4391-1 du CSP et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAES Art D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES Art R4311-1 CSP Art D312-155, 2° CASF Art L311-3, 1° CASF	2.1.1.8	25
E05	Identification de glissement de tâches.	Art L311-3, 2° CASF Art.L311-3, 3° CASF Art.L311-3, 7° CASF Art.R4312-14 CASF Art.D312-155, 0,3° CASF	2.1.4.4	29
E06	Absence de mise en place des PAI	Art.L311-3, 3° CASF Art.L311-3, 7° CASF Art.R4312-14 CASF Art.D312-155, 0,3° CASF	3.1.3.3	32

Remarques

Numéro	Nature de la remarque	Référence éventuelle	Item(s) du rapport	Numéros de page(s)
R01	Absence de transmission des diplômes des IDEC.		1.2.2.12	15
R02	Absence de signature de la fiche de poste de l'IDEC par les deux parties concernées.		1.2.2.13	15
R03	Absence de réponses écrites systématiques données aux réclamations des résidents		1.5.1.1	21
R04	Absence de sécurisation des codes d'ouverture du portail extérieur qui sont affichés de manière visible.		2.5.3.4	30
R05	Manque de réactivité suite à l'activation d'un appel malade (8 minutes de délai) et absence de suivi des délais de réponse		2.5.4.3	30
R06	Défaut d'actualisation du livret d'accueil au sujet des personnes qualifiées		3.2.2.2	35
R07	Absence de projet d'animation.		3.3.2.1	37
R08	Absence de mise à jour des affichages du planning d'animation dans les unités spécifiques.		3.4.3.5	39
	Affichage contrevenant au secret médical d'une résidente dans une salle de restauration.			

Conclusion

Le fonctionnement global de l'établissement ainsi que les prestations proposées aux résidents sont dans l'ensemble satisfaisants. L'établissement bénéficie d'une équipe de direction soudée et d'une équipe soignante dynamique.

Néanmoins, des fragilités ont pu être constatées. Elles résident, dans une instabilité des équipes, un climat social relativement tendu et des difficultés de communication ainsi qu'un manque de formalisme et de traçabilité.

Au total, la **mission relève 6 écarts à la réglementation** qui nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent sans délai des actions correctrices et **formule 8 recommandations** pour améliorer et consolider la qualité et la sécurité des prises en charge et des prestations proposées aux résidents de l'établissement.

Cergy, le 14/02/2025

Inspecteur hors classe de l'action sanitaire et sociale, coordonnateur de la mission d'inspection	Auditrice qualité et contrôle des ESSMS
Chargée de suivi et de contrôle des ESSMS	Chargée de suivi et de contrôle des ESSMS

Glossaire

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



Délégation départementale
du Val d'Oise

Département du Val d'Oise

Cergy, le

04 OCT. 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.

D'une part, 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 cibles, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

L'EHPAD dénommé EHPAD « Résidence Zemgor » à Cormeilles-en-Parisis (FINESS n° 950780395) a été inscrit dans la programmation 2024 de ces contrôles.

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

- La gouvernance : conformité aux conditions de l'autorisation, management et stratégie, animation et fonctionnement des instances, gestion de la qualité, gestion des risques, des crises et des événements indésirables ;
- Fonction support : gestion des ressources humaines ; sécurité ;
- Prise en charge : organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie, respect des droits des personnes, vie sociale et relationnelle, vie quotidienne, hébergement, soins.

16 avenue Béguines
95800 Cergy
Tél : 01 34 41 14 00
www.iledefrance.ars.sante.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 :
 - Monsieur Franck LAVIGNE, inspecteur hors classe de l'action sanitaire et sociale désigné par la Directrice départementale de l'Agence régionale de santé, délégation départementale du Val d'Oise ;
 - Madame Eléonore BROCARD, chargée de mission désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP ; délégation départementale du Val d'Oise ;
 - Madame le Docteur Claire VO VAN, médecin, délégation départementale du Val d'Oise ;
- Pour sa composante Conseil départemental du Val d'Oise :
 - Madame Mariem M'GARRECH, auditrice qualité et contrôle des ESSMS
 - Madame Rosemarie Bâthie BAKADILA, chargée de suivi et de contrôle des ESSMS
 - Madame Jocelyne RAQUIL, chargée de suivi et de contrôle des ESSMS

L'inspection aura lieu sur site le 14 octobre 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, sans information préalable de l'établissement.
- Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP¹ et L.133-2 du CASF² s'appliqueront : l'inspection comprendra un contrôle sur site 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 accédera à l'ensemble des locaux qu'elle jugera utile également de visiter.

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

Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L.121-1 du Code des relations entre le public et l'administration. Les décisions définitives seront notifiées à la fin 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.

La Directrice de la délégation départementale
du Val d'Oise
de l'Agence régionale de santé Ile-de-France

Pour la Présidente du Conseil départemental
Et par délégation, 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 ».

Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis.

N°	Nature du document demandé	Délai	Document remis OUI/NON
1	Liste nominative des résidents par chambre et étage, avec GIR et bénéficiaire ou non de l'aide sociale présents ce jour. Préciser pour chaque résident s'il relève d'une protection judiciaire (tutelle/curatelle)	immédiat	
2	Liste des salariés présents ce jour par unité en précisant le poste occupé et le type de contrat.	immédiat	
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	
4	Organigramme nominatif de l'EHPAD.	immédiat	
5	Plan des locaux.	immédiat	

N°	Nature du document demandé	Copie ou consultation	Observations / document remis (oui/non/n'existe pas)
6	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	
7	Tableau de suivi des projets de vie	copie	
8	Dossiers des résidents et projets de vie	consultation	
9	Dossiers RH des salariés du jour et de nuit (veille)	consultation	
10	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	consultation	
11	Classeurs 2022-2023-2024 des Réclamations et des EIG	copie	
12	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents	copie ou consultation	
13	Registre de sécurité et PV de la commission communale de sécurité incendie et accessibilité et PV de la dernière visite des services vétérinaires	copie	

N°	Nature du document demandé	Copie (s/clé USB) ou consultation	Observations / document remis (oui/non/n'existe pas)
14	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MedCo, de l'IDEC (contrat si intérim ou transition)	copie	
15	Contrats de travail du MedCo et du médecin prescripteur (si poste existant)	copie	
16	Fiches de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, du MedCo, de l'IDEC, du psychologue, des soignants et de l'animateur	copie	
17	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	copie	
18	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	copie	
19	Planning des astreintes et procédure.	copie	
20	Projet d'établissement et projet de soins plan bleu	copie	
21	Livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, charte de la personne accueillie...	copie	
22	Projet d'animation	copie	
23	Liste nominative des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée à renseigner dans le tableau des personnels salariés de l'EHPAD (modèle transmis le jour de l'inspection sous format Excel et non PDF)	copie	
24	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	copie	
25	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	copie	
26	PV et comptes rendus de CSE, CSSCT	copie	
27	Programme d'animation pour les deux derniers mois	copie	
28	Derniers résultats des enquêtes de satisfaction	copie	
29	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2021, 2022 et 2023 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	copie	
30	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	copie	
31	Règlement intérieur du CVS, CR des réunions du CVS : CR des réunions du CVS 2023 et 2024	copie	
32	Questionnaires « gouvernance » et « fonctions support» complétés	copie	
33	Tableau des différentes catégories socioprofessionnelles	copie	
34	Tableau des professionnels externes de santé à l'EHPAD	copie	
35	Tableau des formations 2022, 2023, 2024 et les attestations des formations réalisées.	copie	
36	CR des commissions des menus de l'année N-2, N-1 et le planning prévisionnel pour l'année N	copie	
37	Calendrier des réunions institutionnelles et d'équipe organisées périodiquement au sein de l'établissement (comité de direction, transmissions, etc.)	copie	
38	Procédure de traitement des événements indésirables	copie	
39	Procédure de traitement des réclamations	copie	
40	Procédure d'admission		

1. Prise en charge

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

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.1.1 3.1.1.2	Politique d'admission	<p>Les demandes d'admission sont reçues par ViaTrajectoire ou sous format de dossier papier.</p> <p>Des réunions de préadmission sont ensuite organisées en présence de la directrice des soins, du médecin coordonnateur et du psychologue. Les éléments de cette réunion sont retranscrits dans le dossier d'admission.</p>		D312-158 2° D312-155-3 2° CASF
3.1.3.3	Projets d'accompagnement individualisé (ou PPR : projet personnalisé du résident)	<p>Peu de résidents dispose d'un PAI en raison de manque de temps et de personnels d'après les différents entretiens.</p> <p>Des réunions de coordination thérapeutique ont été mises en place de manière hebdomadaire pour échanger autour des situations complexes de PAI (source : entretiens). Les médecins, les IDEC, un IDE référent du résident, l'EAPA, l'animateur, le psychomotricien et le psychologue participe à ces réunions.</p> <p>Il n'a pas été identifié lors des entretiens, un référent responsable du pilotage de la réalisation et du suivi des PAI.</p>	<p>Cf écart 5 du rapport : Bien que des réunions concernant les PAI ont été mises en place, la majorité des résidents ne disposent pas d'un PAI.</p> <p>Il n'y a pas de référent responsable du pilotage de la réalisation et du suivi des PAI.</p>	L311-3 2° - L311-3 3° - L311-3 7° D312.155.0 3° CASF HAS « <i>Les attentes de la personne et le projet personnalisé</i> » - 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	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.4.4	Commission de coordination gériatrique	<p>La commission de coordination gériatrique a lieu deux fois par an. Les dernières ont eu lieu le 03 mars 2023, le 23 novembre en 2023 et le 04 avril 2024. La prochaine commission aura lieu le 19 novembre 2024. (Source : calendrier des commissions de coordination gériatrique)</p> <p>Le directeur, le médecin coordonnateur, les médecins salariés, la directrice des soins, les IDEC, l'orthophoniste, les 2 psychomotriciens, la psychologue, le pharmacien notamment y participent (Source : CR des dernières commissions gériatriques).</p>		D312-158, 3° du CASF ¹
3.1.4.5	Quelles sont les modalités d'intervention des médecins traitants ?	<p>Trois médecins gériatres sont salariés à temps plein et sont médecins traitants de la majorité des résidents. Seul 4 résidents ont souhaité garder leur médecin traitant libéral.</p> <p>Tous les résidents ont un médecin traitant, en dehors de 2 résidents arrivés récemment dont le processus de déclaration de médecin traitant est en cours.</p> <p>Source : liste des médecins traitants des résidents.</p>		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
--------	-------------------	------------------------------	-------------	-------------------------------

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.

<p>Les contentions sont-elles comptabilisées et analysées dans le RAMA ?</p> <p>En cas de pratique de contention, son caractère est-il :</p> <ul style="list-style-type: none"> - individualisé, - motivé, - issu d'une discussion pluridisciplinaire, - sur prescription médicale, - régulièrement réévalué selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles existantes ? 	<p>Les résidents sous contention sont au nombre de 31 le 14/10/2024 dont 15 barrières de lits, 6 contentions au fauteuil et 10 grenouillères (source : extraction du logiciel).</p> <p>Celles-ci sont mises en place à l'issue d'une discussion pluridisciplinaire et réévaluées quotidiennement lors de la réunion de 16h30 entre l'équipe soignante et le médecin traitant. Cette réévaluation n'est cependant pas tracée de manière systématique.</p> <p>Selon le protocole mis en place, les contentions doivent être sur prescription médicale de 1 mois maximum (source : entretiens). La vérification d'un échantillon de dossier de résidents sous contention sur [redacted] montre des ordonnances datant de moins d'un mois pour certains résidents mais également des ordonnances datant de plusieurs mois et certaines ordonnances sont manquantes.</p> <p>Il existe une procédure « Mise en place d'une contention physique » réalisée par la Société Philanthropique et révisée en septembre 2023.</p> <p>Les contentions ne sont pas comptabilisées ni analysées dans le RAMA bien que celui-ci soit très détaillé et complet par ailleurs.</p>	<p>Ecart 6 : Les contentions font l'objet d'une discussion pluridisciplinaire mais ne sont pas systématiquement sur prescription médicale et certaines ordonnances de contentions datent de plusieurs mois.</p> <p>Les réévaluations de contentions sont réalisées de manière quotidienne et pluridisciplinaire mais ne sont pas systématiquement tracées. Les contentions ne sont pas comptabilisées ni analysées dans le RAMA, bien que celui-ci soit très détaillé et complet par ailleurs</p>	<p>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</p> <p>Art. 3 Charte des droits et libertés des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance : « <i>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</i> »</p>
--	--	--	--

1.3. Vie quotidienne. Hébergement

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.3.5	<p>Est-il pris un avis médical complété d'un avis diététique pour éviter :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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...) ? 	<p>Un diététicien du prestataire de restauration intervient dans la réalisation des menus. Le suivi de la nutrition est réalisé par les médecins traitants.</p> <p>Les régimes spéciaux sont prescrits par les médecins.</p> <p>En cas de suspicion de trouble de la déglutition lors du bilan d'admission ou lors des repas par l'équipe soignante, un bilan est réalisé par un orthophoniste.</p> <p>La texture des aliments est adaptée en cas de troubles de la déglutition.</p>		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité)

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.3.9	<p>Comment s'effectue le suivi effectif de l'état nutritionnel : pesée régulière (pèse-personne adapté à la position debout, assise ou allongée), bilan biologique... ?</p> <p>Existe-t-il une liste actualisée des résidents dénutris ?</p>	<p>Le suivi de l'état nutritionnel se fait par le dosage de l'albuminémie et des pesées régulières, tous les mois voire plus si besoin. Des surveillances alimentaires peuvent également être réalisées. Sur un échantillon de 10 dossiers sur [redacted] les dernières pesées datent de moins d'un mois.</p> <p>En cas d'amaigrissement, une surveillance est réalisée en lien avec le médecin qui établit systématiquement une fiche d'alimentation.</p> <p>Tout résident affichant une perte de poids inférieure ou égale à 5 % en un mois ou qui présente un IMC inférieur à 21 est mis sous complément nutritionnel oral, sur prescription médicale.</p> <p>(Source : RAMA 2023)</p> <p>Le tableau de suivi des poids a été transmis avec l'évolution du poids en %.</p> <p>Il existe un protocole « Dépistage et prise en charge de la dénutrition de la personne âgée en institution et son alimentation ».</p>		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,	<p>Salariés de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 1 médecin coordonnateur à temps plein – 3 médecins gériatres à temps plein – 1 directrice des soins – IDEC, IDE et IDE de nuit – AS – 2 psychologues à 1,5 ETP – 2 psychomotriciens à 1,8 ETP <p>Professionnels de santé libéraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 3 kinésithérapeutes – 2 orthophonistes – 1 pédicure-podologue 		L312-1 II 4°alinéa CASF (professionnels qualifiés) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité)

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	orthoptiste, pharmacien, psychologue, diététicien, psychomotricien ?			
3.8.1.4	<p>Un médecin exerce-t-il une fonction de coordination de l'équipe soignante ?</p> <p>Un(e) infirmi(er)ère d'encadrement et/ou de coordination ainsi qu'un pharmacien exercent-ils le rôle de référents ?</p> <p>Quelles sont les modalités d'exercice pour chaque mission définie ?</p>	<p>Un médecin est présent à hauteur de 1 ETP pour les missions de coordination.</p> <p>Une directrice des soins est présente à 1 ETP, ainsi que 3 IDEC.</p> <p>Une convention a été signée avec la pharmacie [redacted] dont un pharmacien intervient comme référent, celui-ci participe notamment aux commissions gériatrique (Source : entretiens, CR commissions gériatriques).</p>		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)
3.8.2.1	Quels sont les différents supports et cahiers de transmission (soins, kiné, orthophoniste,) entre les différents professionnels en	Les transmissions entre les équipes se font sur le logiciel [redacted] y compris pour les kinésithérapeutes libéraux. Le pédicure-podologue libéral réalise ses transmissions dans un cahier. Les transmissions des orthophonistes sont retranscrites par les IDE. Un cahier de transmission est également à disposition pour les transmissions entre équipes de jour et de nuit.		" L311-3 2° CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3 3° CASF (PAI et consentement du résident)

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	<p>charge des personnes accueillies ?</p> <p>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 ?</p> <p>Les plans de soins sont-ils individualisés et réévalués régulièrement ?</p>	<p>Il existe des temps de transmissions orales quotidiennes à 16h30 entre le médecin traitant et l'équipe soignante. Des transmissions sont également organisées lors des relais entre les équipes d'AS jour et nuit.</p> <p>Les différents protocoles sont disponibles sur les postes informatiques et dans un classeur situé dans chaque infirmerie. Des formations ont lieu régulièrement à destination de l'équipe concernant ces protocoles (source : entretiens).</p> <p>Les plans de soins sont enregistrés dans [redacted] pour chaque résident et sont réévalués quotidiennement.</p>		<p>L. 311-3 4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident)</p> <p>L. 311-3 5° CASF (résident a accès à toutes infos ou docs le concernant)</p> <p>L311-3 7° CASF (participation directe du résident au PAI)</p> <p>R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE)"</p>
3.8.2.2	<p>Quelles sont les modalités de traçabilité des soins : en temps réel, à distance du soin ? quels supports ?</p> <p>Les transmissions sont-elles effectives et de qualité (transmission ciblées, ...)?</p>	<p>La traçabilité de la distribution des médicaments se fait en temps réel sur l'ordinateur lors de la distribution des médicaments. En cas de dysfonctionnement, la traçabilité est réalisée en temps réel sur papier et retranscrite dans le logiciel</p> <p>Les autres soins sont tracés dans [redacted] à distance des soins.</p> <p>L'analyse aléatoire de 5 dossiers montre des transmissions régulières et de qualité.</p>		<p>D312-155-0 2° (dispensation soins paramédicaux en EHPAD)</p> <p>R1112-2 CSP (contenu dossier médical)</p> <p>R4311-1 CSP (mission IDE-Recueil données clinique)</p> <p>R4311-2 CSP (mission IDE)</p> <p>R4311-3 CSP (Déf rôle propre IDE)</p> <p>R4311-4 CSP (délégation IDE des actes rôle propre à AS)</p> <p>R4311-5 CSP (Actes du rôle propre IDE)</p>

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
				L311-3 5° CASF et L. 1111-7 CSP (accès à ses données de santé et/ou rel à sa PEC) D4391-1 et suiv. CSP (diplôme AS) R4321-91 CSP (transmissions Kiné) Annexe 1 de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation DEAS
3.8.2.3	Les dates de péremption sont indiquées sur les produits multi-usage ouverts ? Les dates de péremptions sont-elles vérifiées et conformes ?	Les dates de péremption sont indiquées et vérifiées. Il n'a pas été constaté la présence de médicaments périssables.		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 ?	Il existe une procédure « Prise en charge Médicamenteuse » datant de décembre 2023. Celle-ci est complète et n'appelle pas à des remarques particulières.		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	L'original de l'ordonnance est disponible sur [redacted] L'ordonnance est systématiquement vérifiée 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)

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	<p>bon usage du médicament aux prescripteurs et au personnel ? Le dossier pharmaceutique est-il alimenté ?</p> <p>Des prescriptions sont-elles rédigées pour les soins kiné, orthophoniste, IDE, ... ?</p>			<p>médicale) L4341-1 CSP (acte orthophoniste sur prescription médicale)</p> <p>Recommandations HAS « Prise en charge médicamenteuse en EHPAD », juin 2017</p>
3.8.2.6	<p>Quel est le nombre de médecins traitants qui prescrivent dans le dossier informatisé ?</p> <p>Les prescriptions sont-elles conformes et actualisées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	<p>Les 3 médecins traitants salariés prescrivent sur [redacted] Les ordonnances des résidents ayant un médecin traitant libéral sont retranscrites dans [redacted]</p> <p>Sur les 10 dossiers analysés de manière aléatoire, les prescriptions sur [redacted] étaient conformes et actualisées.</p>		<p>R5132-3 CSP (modalités de prescription) R5121-91 CSP 2è alinéa(renouvellement ordonnance par médecin.) R4235-48 CSP (mission pharmacien)</p> <p>Guide HAS « <i>Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments</i> », juillet 2011</p> <p>Guide des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » de l'ARS Provence Alpes Côte d'Azur-2017, page 17).</p>

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	(psychotropes (3 mois), hypnotiques (1mois), 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.			
3.8.2.8	Les IDE sont-elles conduites à saisir elles-mêmes des prescriptions orales ou téléphonées dans le dossier médical/de soin. Quelles sont les pratiques de retranscription : - aux différentes étapes du processus de la PECM, - dans certaines situations de prescriptions orales : confirmées par écrit ?	Les IDE ne sont pas conduits à saisir des prescriptions orales ou téléphonées.		

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
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	<p>La transmission des ordonnances à la pharmacie se fait de manière automatique via [redacted] mais les ordonnances sont également envoyées par mails lors des modifications d'ordonnance.</p> <p>Les échanges entre l'EHPAD et l'officine se font par mails ou téléphone.</p>		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 ?	<p>Un stock tampon est présent dans les 3 infirmeries des 3 bâtiments, contrôlé mensuellement selon la procédure circuit du médicament avec un classeur de suivi. La liste des médicaments du stock tampon en annexe de la procédure de circuit du médicament ainsi que les feuilles de traçabilité ont été transmises. Celles-ci sont bien renseignées mensuellement pour le [redacted] mais des feuilles de traçabilité sont manquantes sur les 3 derniers mois p [redacted]</p> <p>La mission a vérifié sur un échantillon que les produits n'étaient pas périmés, il y avait en revanche des produits comportant une étiquette nominative dans le stock tampon.</p> <p>Une dotation globale de produits stupéfiants est située dans l'infirmerie du [redacted] II n'a pas été constaté de produits périmés ou avec une étiquette nominative.</p>	<p>Remarque 10 : Des feuilles de traçabilité de la vérification des péremptions du stock tampon sont manquantes sur les 3 derniers mois pour les bâtiments A-C et D</p> <p>Remarque 11 : Des produits comportant une étiquette nominative sont présents dans le stock tampon.</p>	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	<p>Les chariots de distribution des médicaments comportent des tiroirs individuels avec la photographie des résidents. Un trombinoscope avec la photographie des résidents est également à disposition sur le chariot de distribution de médicaments.</p> <p>Les photographies des résidents sont également disponibles dans les dossiers sur [redacted]</p>		R.4311-4 CSP Guide HAS « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments » de

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	résident dans le classeur des prescriptions - photo du résident sur les piluliers			mai 2013 : règle des 5B Article L.311-3 1° du CASF, OMEDIT ARS Normandie 2018 ²
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 ?	<p>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 quotidiennement en cas de nécessité.</p> <p>Les locaux de soins sont fermés par un code, ils sont adaptés et propres. L'entretien est effectué quotidiennement.</p>		Guide pour « <i>la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux</i> » (ARS PACA 2017).
3.8.2.16	<p>La préparation des médicaments est-elle effectuée au vu de la dernière prescription originale ?</p> <p>Y a-t-il un double contrôle des piluliers assuré par un personnel différent ?</p> <p>Quelle est la</p>	<p>La préparation des médicaments est effectuée au vu de la dernière prescription originale.</p> <p>Les rouleaux sont contrôlés par un IDE à la réception puis lors de la distribution des médicaments (source : entretiens).</p>		<p>R5126-1 CSP (EHPAD peut disposer d'une PUI)</p> <p>Guide pour « <i>la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux</i> » (ARS PACA 2017)</p>

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 rajoutés 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
	fréquence de préparation des piluliers ou équivalents (une semaine, un mois, ou autre) ?	La préparation des piluliers se fait une fois par semaine.		
3.8.2.17	L'administration des médicaments est-elle réalisée au vu de la dernière prescription ? Les chariots de médicaments sont-ils sécurisés ?	L'administration des médicaments est au vu de la dernière prescription. Les chariots de médicaments sont sécurisés 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)
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 ?	La traçabilité est retranscrite en temps réel sur [redacted] via l'ordinateur sur le chariot de distribution.		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	Il existe une liste de traitements écrasables, les médicaments ne figurant pas sur liste ne doivent pas être broyé.		Réf : Guide « Sécurisation du circuit du médicament EHPAD

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	<p>galéniques adaptées) ?</p> <p>Existe-t-il un protocole de broyage des médicaments ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - avec utilisation des sachets ou godets récupérateurs individuels et à usage unique - avec nettoyage du matériel entre deux utilisations ? 	<p>Les médecins indiquent sur les ordonnances, les médicaments à broyer. Des pastilles rouges sont également mises en place sur les tiroirs individuels des résidents dont les traitements sont à broyer.</p> <p>Les chariots de distribution des médicaments sont équipés d'un matériel de broyage avec utilisation de sachets individuels.</p>		<p>mise à jour Sept 2017 », ARS-ARA, septembre 2017</p> <p>Réf : Guide de bonne pratique en EHPAD P.11</p> <p>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</p> <p>Qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHAPD-Omédit Normandie-Novembre 2022.</p>
3.8.2.22	Comment est organisée la délégation administration des médicaments par l'IDE ?	<p>Les IDE distribuent les médicaments la majorité du temps. En cas d'absence imprévue d'un IDE ou la nuit, des AS peuvent distribuer des médicaments après préparation par un IDE. L'IDE doit dans ce cas créer un acte AS « Aide à la prise des médicaments » dans [redacted]</p> <p>Il existe une procédure « Aide à la prise de médicament par les AS/AMP/ASG diplômé(e)s en collaboration avec les IDE » précisant les modalités de la délégation de l'administration des médicaments.</p> <p>Les formations concernant la délégation de l'administration des médicaments ne font pas l'objet d'un suivi formel. Cet accompagnement est assuré par l'IDE et l'IDEC. Une formation sur l'aide à la prise des médicaments est prévue pour début 2025, animée par le médecin coordinateur et la directrice des soins.</p>	<p>Remarque 12 : Les formations concernant la délégation de l'administration des médicaments ne font pas l'objet d'un suivi formel.</p>	<p>R4311-3 CSP (IDE peut réaliser des protocoles de soins)</p> <p>R4311-4 CSP (délégation de soins courant de la vie quotidienne)</p> <p>R4311-7 CSP (actes rôle sur prescription IDE)</p> <p>R.4311-5 (4°) CSP (rôle propre IDE-aide prise médicament non injectable)</p> <p>L313-26 CASF (aide à la prise de</p>

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
				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 ?	Il existe un coffre à stupéfiants et un registre régulièrement complété situés dans les 3 infirmeries.		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 « Evaluation et prise en charge de la douleur du sujet âgé – Décembre 2023 » a été transmis. Il prévoit les indications et conditions de l'évaluation de la douleur avec les différentes échelles et aborde les traitement médicamenteux et non médicamenteux. L'usage des pompes à morphine se fait uniquement par la HAD.		L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur) L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS) R4311-2, 5°, CSP (Rôle propre de l'infirmier) Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999, Guide méthodologique Le déploiement de la bientraitance Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte, HAS, 2012

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
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 ?	<p>Un protocole « Accompagnement à la fin de vie » datant de décembre 2023 a été transmis incluant en annexe la fiche Urgence Pallia.</p> <p>L'EMSP du CH d'Eaubonne intervient dans les situations de soins palliatifs.</p> <p>Un travail est en cours pour la désignation d'une personne de confiance pour tous les résidents.</p> <p>Les directives anticipées ne sont pas systématiquement abordées sauf en situation de fin de vie.</p>	<p>Remarque 13 : Un travail est en cours pour la désignation d'une personne de confiance pour tous les résidents. Le sujet des directives anticipées n'est pas systématiquement abordé avec le résident et/ou sa famille.</p>	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
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...	<p>Il n'existe pas de protocole générique pour la prise en charge du diabète. Les protocoles sont inclus dans les prescriptions médicales réalisées dans [redacted].</p> <p>Le protocole en cas d'urgence a été transmis ainsi que les fiches « Conduite à tenir en situation d'urgence » réalisés par l'ARS IDF et la Société de Gériatrie et de Gérontologie d'Île-de-France à destination des IDE et AS en EHPAD.</p>		
3.8.3.1	<p>Où sont locaux de soins ?</p> <p>Selon quelle logique organisationnelle (au sein de chaque unité ou centralisé) ?</p> <p>Quels sont leur propreté apparente et le respect des règles d'hygiène pour</p>	<p>Les 3 locaux de soins sont situés dans chaque bâtiment avec un poste avancé au niveau de l'UHR.</p> <p>Les locaux sont propres et sont nettoyés quotidiennement.</p>		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

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	l'entretien notamment des surfaces ?			Article. R. 4312-29 CSP, Article R4312-38
3.8.3.2	Quels sont les équipements des postes de soins : - matériel de pesée, - chariot d'urgence, - produits d'hygiène (solution hydro alcoolique SHA),	Le sac d'urgence et la bouteille d'O2 sont stockées dans chaque infirmerie.		Article. R. 4312-29 CSP, Article R4312-38
3.8.3.3	Quels sont les moyens de sécurisation contre le vol (matériels, dossiers, informations) ?	Les locaux de soins sont fermés à clé. Les éléments non numériques des dossiers de soins (résultats d'examens) sont scannés dans le dossier sur [redacted] et stockés dans chaque infirmerie dans une armoire.		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 ?	Le stockage des médicaments est conforme y compris pour les thermosensibles.		L.311-3 CASF R.5132-80 R5126-108 (PUI-méd. délivrés en urgence) R5126-109 CSP R5126-112 (Délivrance médicament sur

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
				prescription) R5126-113 (convention entre PUI et professionnel de santé ou biographe responsable de laboratoire de biologie médicale) D312-158 13°) CASF (MedCo-prescription pour soins urgents) R.4312-39 du CSP (IDE protège accès aux médicaments) R4312-15 CSP (IDE responsable de l'accès aux médicaments) Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé (Article 13 : Détenion 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

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
				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 ?	<p>Un sac d'urgence est positionné dans chaque infirmerie. La vérification d'un sac d'urgence montre qu'il est scellé et qu'il n'y a pas de produits périmés sur un échantillon vérifié. Les feuilles de traçabilité des vérifications ont été transmises sur les 3 derniers mois. Des feuilles de traçabilité sont manquantes pour le : sur les 3 derniers mois, seule celle du mois d'octobre a été transmise. Des médicaments sont indiqués comme manquants ou avec une case barrée sur les feuilles de traçabilité sur plusieurs mois sans précision sur la raison de l'absence (rupture de stock ?) par exemple pour le nicardipine ou encore la loxapine.</p> <p>Trois défibrillateurs sont placés dans l'établissement avec un contrat d'entretien avec un prestataire.</p> <p>L'affichage réglementaire est manquant au niveau du défibrillateur situé à l'accueil.</p>	<p>Remarque 14 : Des feuilles de traçabilité de la vérification du sac d'urgence sont manquantes pour le bâtiment D. Des médicaments sont indiqués comme manquants sur les feuilles de traçabilité sur plusieurs mois sans précision sur la raison du manque.</p> <p>Remarque 15 : L'affichage réglementaire est manquant au niveau du défibrillateur situé à l'accueil.</p>	L311-3 1° CASF (Sécurité résident) D312-158 13° CASF (mission MedCo en cas d'urgence) R4312-39 CSP (IDE limite accès aux médicaments) R4312-43 du CSP (IDE applique les protocoles médicaux)
3.8.4.2	Le projet d'établissement comprend-il un volet relatif aux soins ?	<p>Il existe un projet d'établissement 2021-2025 comprenant un volet relatif aux soins.</p> <p>La directrice des soins, les IDEC et le médecin coordonnateur participeront à l'élaboration du prochain projet de soins.</p>		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 ?	Les DLU sont disponibles dans chaque infirmerie (imprimés tous les mois) et sur		L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Recommandations

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	Où sont-ils stockés ?			de la HAS de 2015 "dossier de liaison d'urgence"

LISTE DES DOCUMENTS À CONSULTER / À TRANSMETTRE UNIQUEMENT AU MEDECIN

Inspection du 14/10/2024

Liste des documents à fournir pour 11h :

N°	Nature du document demandé	Délai	Document remis OUI/NON
1	Codes d'accès accessibles d'emblée pour consultation par le médecin des dossiers médicaux	Pour 11h	OUI
2	Liste nominative des résidents sous contention et type de contentions les concernant / classeur de contentions	Pour 11h	OUI
3	Liste nominative des médecins traitants des résidents	Pour 11h	OUI
4	Récapitulatif des chutes de l'année en cours (par secteur)	Pour 11h	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	Derniers 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	N'existe pas
8	Liste des personnels AVS/Auxiliaires délégués pour l'aide à la prise médicamenteuse et traçabilité de la formation de ces personnels	Copie	N'existe pas
9	Tableau de suivi des résidents dénutris	Copie	OUI
10	Liste de médicaments du stock tampon et feuilles de traçabilité renseignées depuis 3 mois	Copie	OUI

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

11	Liste des protocoles de soins et des protocoles en cas d'urgence existants	Copie	OUI
12	Circuit du médicament	Copie	OUI
13	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS/AES	Copie	OUI
14	Procédure relative à la délégation de l'aide à la prise par les AVS/AUXILIAIRES	Copie	N'existe pas
15	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 et hospitalisations en urgence	Copie	OUI
16	Dénutrition	Copie	OUI
17	Contentions	Copie	OUI
18	Chutes	Copie	OUI
19	Prise en charge de la douleur	Copie	OUI
20	Soins palliatifs	Copie	OUI
21	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

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD « Résidence Zemgor » a été réalisée de manière inopinée le 14 octobre 2024. La visite des locaux et les différents entretiens avec la directrice des soins, un IDEC et une IDE permettent de constater un suivi médical des résidents régulier avec une prise en charge satisfaisante sur le volet soins s'appuyant sur une solide équipe médicale d'un médecin coordonnateur et de trois médecins gériatres et une directrice des soins impliquée dans l'amélioration de la prise en charge.

Des points d'amélioration ont néanmoins été constatés :

Ecart 6 : Les contentions font l'objet d'une discussion pluridisciplinaire mais ne sont pas systématiquement sur prescription médicale et certaines ordonnances de contentions datent de plusieurs mois.

Les réévaluations de contentions sont réalisées de manière quotidienne et pluridisciplinaire mais ne sont pas systématiquement tracées.

Remarque 10 : Des feuilles de traçabilité de la vérification des préremptions du stock tampon sont manquantes sur les 3 derniers mois pour

Remarque 11 : Des produits comportant une étiquette nominative sont présents dans le stock tampon.

Remarque 12 : Les formations concernant la délégation de l'administration des médicaments ne font pas l'objet d'un suivi formel.

Remarque 13 : Un travail est en cours pour la désignation d'une personne de confiance pour tous les résidents. Le sujet des directives anticipées n'est pas systématiquement abordé avec le résident et/ou sa famille.

Remarque 14 : Des feuilles de traçabilité de la vérification du sac d'urgence sont manquantes pour le Des médicaments sont indiqués comme manquants sur les feuilles de traçabilité sur plusieurs mois sans précision sur la raison du manque.

Remarque 15 : L'affichage réglementaire est manquant au niveau du défibrillateur situé à l'accueil.

Numéro	Nature de l'écart	Textes de référence	Item(s) du rapport	Numéros de page(s)
E06	Les réévaluations des contentions ne sont pas tracées systématiquement et les ordonnances médicales des contentions ne sont pas systématiques		3.2.3.1	3

Numéro	Prescriptions envisagées	Textes de référence	Référence rapport	Délai de mise en œuvre
P06	Mettre en place un suivi précis des ordonnances médicales de contentions et tracer systématiquement les réévaluations		3.2.3.1	3 mois

Numéro	Nature de la remarque	Référence éventuelle	Item(s) du rapport	Numéros de page(s)
R10	Incomplétude des feuilles de traçabilité de la vérification des préremptions du stock tampon sur les 3 derniers mois pour les		3.8.2.12	11
R11	Présence de produits comportant une étiquette nominative dans le stock tampon		3.8.2.12	11
R12	Absence de suivi des formations concernant la délégation de l'administration des médicaments		3.8.2.22	14
R13	Suivi du sujet des directives anticipées non systématisé		3.8.2.25	16
R14	Incomplétude des feuilles de traçabilité de la vérification du sac d'urgence		3.8.3.8	19

R15	Absence de l'affichage réglementaire concernant le défibrillateur de l'accueil		3.8.3.8	19
------------	--	--	---------	----

Numéro	Nature de la remarque	Référence éventuelle	Item(s) du rapport	Numéros de page(s)
R10	Assurer la complétude des feuilles de traçabilité de la vérification des péremptions du stock tampon pour et D et transmettre les feuilles des 3 mois suivants l'inspection à la délégation départementale de l'Agence régionale de Santé (DD ARS)		3.8.2.12	11
R11	Etablir un protocole, en lien avec le pharmacien référent, pour le recyclage des médicaments nominatifs non utilisés et transmettre ce protocole aux équipes ainsi qu'à la DD ARS		3.8.2.12	11
R12	Formaliser le suivi de la formation concernant la délégation de l'administration des médicaments et transmettre le protocole à la DD ARS		3.8.2.22	14
R13	Formaliser et mettre en place un suivi des discussions sur les directives anticipées et transmettre le protocole à la DD ARS		3.8.2.25	16
R14	Assurer la complétude des feuilles de traçabilité de vérification du sac d'urgence au bâtiment D et transmettre les feuilles des 3 mois suivant l'inspection à la DD ARS		3.8.3.8	19
R15	Compléter l'affichage réglementaire concernant le défibrillateur de l'accueil et transmettre une preuve à la DD ARS		3.8.3.8	19

Cergy, le 21/02/2025
