



*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



**ARS Île-de-France**

**Mission conjointe : ARS/CONSEIL DEPARTEMENTAL VAL-DE-MARNE**

**Inspection sur place  
25/08/2022**

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

**TIERS TEMPS BICETRE  
21, Rue Eugène Thomas. 94270 LE KREMLIN-BICETRE**

**SYNTHESE DU RAPPORT DE CONTRÔLE**

## **Tableau récapitulatif des écarts**

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
Ecart n°1	La direction n'a pas informé les autorités de tarification et de contrôle des changements de dénominations intervenus. Les documents actuels selon leurs sources font état de trois dénominations différentes : « Résidence BICETRE », « EHPAD TIERS TEMPS BICETRE » et « SAS Kremlin-Bicêtre », ce qui crée la confusion. Réf: Art L313-1 du CASF
Ecart n°2	Le Projet d'établissement (PE) transmis à la mission n'est pas connu du personnel. La mission n'a pu constater lors des entretiens, si le personnel avait été associé par la direction à sa rédaction. Le MEDEC n'a pas participé à l'élaboration du projet général de soins s'intégrant dans le PE , qui n'a pas été soumis pour consultation au conseil de vie sociale. Réf : Art D312-158 et L311-8 du CASF
Ecart n°3	L'équipe pluridisciplinaire ne comprend plus de MEDEC depuis plusieurs mois et n'est pas conforme. Réf : D. 312-155-0 II du CASF
Ecart n°4	La direction n'a pas signalé aux autorités de contrôle compétentes pour délivrer l'autorisation l'absence de MEDEC depuis avril 2022, ce qui constitue un dysfonctionnement dans l'organisation de l'EHPAD susceptible d'affecter la sécurité de la prise en charge des usagers. Réf L 313-8-1 du CASF et Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales
Ecart n°5	Il ressort des données de l'EHPAD (effectif réel au jour de la visite), que le ratio en IDE au jour de la visite est insuffisant par rapport au PMP validé et financé , ce qui ne permettent pas de garantir la sécurité des soins et la prise en charge des résidents. Réf Art L. 311-3 (3°) et D 312-155-0 du CASF
Ecart n°6	L'aide à la prise de médicaments est effectuée par des AS dont la fiche de délégation et la formation à cet acte n'ont pas été communiquées à la mission. Réf Art R4311-5 (4) du Code de la santé publique
Ecart n°7	La mission d'inspection constate que des glissements de tâches surviennent entre : les personnels qualifiés Aides-soignants/ Aides médico psychologiques (AS/AMP) et des professionnels Auxiliaires de vie (AVS) ou Agent des services hospitaliers (ASH) qui font fonction d'AS. En faisant occuper un poste d'aide-soignant à un professionnel n'ayant pas la qualification adéquate, l'établissement ne répond pas aux obligations réglementaires encadrant la profession, conformément à l'arrêté du 10 juin

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant. Réf : Art. L. 311-3, L. 312-1, II, 4e alinéa du CASF et Art L4391-1 du CSP
	De plus, l'AS [REDACTED] exerce des missions d'IDE (glissement de tâches) ce qui est contraire aux dispositions régissant les actes professionnels des infirmières. Réf Art R4311-1 à D4311-15-2 du code de la santé publique
Ecart n°8	Les tableaux des ETP transmis aux autorités de tarification ERRD 2021 et EPDR 2022 ne correspondent pas aux ETP des listes de personnel communiqués le jour de la visite. Ceci ne participe pas à la compréhension de fonctionnement de l'EHPAD et ne permet pas aux autorités de tarification et de contrôle l'accès aux informations visant à s'assurer de la sécurité et de la qualité de pris en charge des résidents Réf Art. R 314-232 III du CASF et Art. L313-13 du CASF
Ecart n°9	Le contrat de séjour ne contient pas les éléments obligatoires. De plus les dossiers des résidents ne sont pas mis à jour régulièrement réf : L 311-4 du CASF.
Ecart n°10	Il n'existe pas de registre de doléances
Ecart n°11	Selon les entretiens, tous les aides-soignants (AS) ne sont pas formés à la déclaration des EI. Réf : Art. R13-13-68 du code de la santé publique (CSP).
Ecart n°12	En ne déclarant pas systématiquement les maltraitances qu'elle qualifie de « négligences », la direction contrevient aux dispositions réglementaires. Réf Art. R1413-68 du code de la santé publique (CSP)
Ecart n°13	L'absence d'appel résident dans les chambres des résidents de l'unité de vie protégée (UVP) ne leur permet pas d'appeler notamment en cas de chute et ne garantit pas leur sécurité. Réf Art L311-3 du CASF
Ecart n°14	La mission constate des insuffisances en métiers de sécurité comme le manque de système d'appel malade dans les toilettes, ce qui contrevient aux articles Réf Art sécurité de Réf Art L. 311-3 (3°) et D 312-155-0 du CASF
Ecart n°15	La mission constate que les substances classées comme stupéfiants ne sont pas rangées dans un lieu adapté : Réf Article R.5132-80 du CSP
Ecart n°16	Méconnaissance de l'existence de la dotation pour soins urgents dans le local à pharmacie par les équipes soignantes présentes sur site, pouvant générer des retards dans la mise en place d'un traitement non programmé,

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	hors dotation mensuelle (ex : débuter une antibiothérapie), ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.1110-1 du CSP
Ecart n°17	Présence de traitements nominatifs déjà utilisés dans le stock de dotation de soins urgents et n'ayant pas respecté l'élimination des médicaments non utilisés, ce qui contrevient aux dispositions de l'article 19, de l'annexe 2 de la convention « contrat EHPAD/Pharmacie dispensateur », et des articles R4211-23 et -27 du CSP, et questionne sur le respect du circuit du médicament et le réapprovisionnement de la dotation.
Ecart n°18	La confidentialité des données médicales sur les résidents n'est pas sécurisée (armoire non fermée à clé, typologie des professionnels ayant accès au bureau médical), ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 CASF et l'article L. 1110-4 du CSP.
Ecart n°19	La mission a constaté, lors de la visite, que l'accès au local Pharmacie et au bureau médical du 3e étage est permis à des professionnels non autorisés, ce qui contrevient aux dispositions des articles R.5132-26.- et R.4312.39 CSP.
Ecart n°20	Le stockage des médicaments, produits de santé et stupéfiants est insuffisamment sécurisé : 1° dans le local Pharmacie du 3e étage, ce qui contrevient aux dispositions des articles R.5126-109 du CSP ; 2° dans le bureau médical du 3e étage pour le stockage des stupéfiants, par os notamment, distribués par les équipes de nuit, ce qui contrevient aux dispositions des articles R5132-26, R5132-80 , R5126-109
Ecart n°21	L'établissement ne dispose plus de MEDEC depuis avril 2022 Réf Art D312-156 du CASF
Ecart n°22	En n'associant pas effectivement ? le MEDEC à l'élaboration d'un projet général de soins, l'établissement contrevient aux dispositions réglementaires de l'article D312-158 du CASF
Ecart n°23	L'absence d'annexe au contrat de séjour des résidents sous contention (34 résidents concernés selon le RAMA 2021) contrevient aux dispositions du décret N° 2016-1743 du 15 décembre 2016.
Ecart n°24	La traçabilité des prises en charge par les kinésithérapeutes intervenant au niveau de l'EHPAD est incomplète et ne montre aucun élément d'évaluation structuré en termes d'objectifs, de bilans, ni de résultats.
Ecart n°25	Un des résidents a un traitement de fond ORAMORPH 10mg/5 ml DOSE, 5ml 3 fois par jour, prescrit sur le listing entre le 11/06/2022 et le

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	16/12/2022, ce qui contrevient aux dispositions réglementaires portant sur la prescription des morphiniques (article R.5132-30 du CSP).
Ecart n°26	La mission n'a pas retrouvé d'avenants aux contrats de séjour des résidents mis sous contention, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R. 311-0-6 du CASF.
Ecart n°27	Les actes de psychomotricité dispensés auprès des résidents ne font pas l'objet d'une prescription médicale, ce qui contrevient aux dispositions de l'article du R.4332-1 du CSP.
Ecart n°28	Absence de protocoles de soins infirmiers ; ou protocoles existants non mis à jour, méconnus des équipes soignantes et non disponibles dans l'ensemble des locaux de soins (Article R4311-3 CSP)
Ecart n°29	La mission constate une manque de déclaration dans le SI VSS
Ecart n°30	Absence d'une procédure circuit du médicament dédiée à la gestion des stupéfiants et d'une procédure d'aide à la prise des morphiniques per os par les AS la nuit, en l'absence de l'IDE. Articles R. 4311-3 et -4 CSP
Ecart n°31	Absence de liste préférentielle de médicaments, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158-7 du CASF (voir 7.2)
Ecart n°32	La préparation des médicaments à administrer n'est pas systématiquement assurée par les IDE, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R4311-4 CSP.
Ecart n°33	Absence de procédure relative à la délégation d'administration des stupéfiants per os par les AS de nuit, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.4311-4 du CSP.
Ecart n°34	Absence de déclaration d'évènement indésirable relatif à la prise en charge médicamenteuse (erreur médicamenteuse) par l'EHPAD, ce qui contrevient aux dispositions des articles L. 331-8-1 du CASF et R. 1413-67 du CSP.
Ecart n°35	La mission n'a pas pu vérifier l'existence d'une évaluation externe Réf D312-205 du CASF
Ecart n°36	Sous-déclaration des EI relatifs aux chutes : voir infra
Ecart n°37	Procédure relative à la déclaration des signalements-dysfonctionnements graves méconnue des équipes soignantes ; définitions des EI EIAS EIGS à l'ARS relevant des 11 situations obligatoires règlementairement mal connues, ce qui contrevient aux articles L331-8-1 et R.331-8 du CASF.

### Tableau récapitulatif des remarques

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	Liste des remarques
Remarque n° 1	L'EHPAD n'a pas mis en place des outils spécifiques pour suivre la mise en œuvre du CPOM 2019-2023 qui est assurée par DOMUSVI. En outre, les documents DOMUSVI de suivi transmis ne permettent pas d'identifier quel est l'EHPAD concerné par le « Plan d'action résidence ».
Remarque n° 2	La direction ne possède pas d'outils de suivi de la mise en œuvre du CPOM concernant l'EHPAD, alors que ce suivi fait partie de ses attributions précisées dans sa fiche de poste.
Remarque n° 3	Absence d'une procédure d'astreinte. La procédure « modalités d'organisation des personnes référentes au sein de la Résidence » n'est pas mise à jour, ni clairement définie.
Remarque n° 4	La mission constate un glissement de tâches de la psychomotricienne au détriment de ses missions de prise en charge des résidents.
Remarque n° 5	Absence de diplôme de coordination des soins pour l'IDE faisant fonction de cadre de santé.
Remarque n° 6	Absence du planning des réunions internes de direction et entre direction/siège et des comptes rendus de ces réunions.
Remarque n° 7	Tous les EPA n'ont pas été réalisés par les cadres et la direction en 2021.
Remarque n° 8	La mission n'a pas retrouvé, dans le dossier RH des salariés les attestations de formations suivies, ni les feuilles d'émargement.
Remarque n° 9	Les effectifs varient de █ ETP (listing des effectifs remis le jour de l'inspection) à █ ETP (ERRD 2022) selon les sources exposant des données incohérentes
Remarque n° 10	L'organigramme ne reflète pas l'organisation constatée par la mission (plus de MEDEC, ni de psychomotricienne ni d'animatrice et des diplômes qui ne correspondent pas aux fonctions exercées), ce qui ne contribue pas à la transparence de fonctionnement de l'EHPAD.
Remarque n° 11	La liste du personnel n'est pas mise à jour de façon régulière, ce qui ne permet pas à la mission de connaître le personnel réellement au service des résidents.
Remarque n° 12	Un turn-over important de CDD est constaté au sein de l'établissement. L'EHPAD recourt à un volume important de CDD très courts (1 ou 2 jours), ce qui interroge sur la qualité des relations avec les résidents ainsi que sur l'intégration et la formation de ces salariés.

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
Remarque n° 13	L'AS référente est comptabilisée à la fois dans l'effectif des IDE et dans celui des AS et ne dispose pas de fiche de poste.
Remarque n° 14	La mission constate que les fiches de poste, bien qu'existantes, sont génériques. Elles devraient différencier les agents avec mission de soins des agents sans mission de soins.
Remarque n° 15	La complétude des dossiers RH n'est pas systématiquement réalisée.
Remarque n° 16	L'élaboration des plannings des IDE relève à la fois de l'IDE faisant fonction de cadre de santé et de la direction selon les entretiens menés, ce qui peut semer la confusion et nuire à l'organisation de la prise en charge des résidents.
Remarque n° 17	Il n'existe pas de plan d'action structuré de prévention et de lutte contre la maltraitance.
Remarque n° 18	L'établissement ne présente pas les affichages obligatoires en ce qui concerne à la fois les dispositions en lien avec la loi 2002.2 et les aspects tarifaires
Remarque n° 19	Les familles n'ont pas accès à un registre leur permettant de faire part de leurs réclamations.
Remarque n° 20	Absence de procédure relative au recueil et au traitement des réclamations
Remarque n° 21	Absence de politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance. Réf Guide HAS « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », 2008
Remarque n° 22	La mission constate qu'un appel malade n'était pas accessible pour le résident
Remarque n° 23	Absence de chariots douches.
Remarque n° 24	Le réfrigérateur dédié à la conservation des médicaments thermosensibles contient quelques compotes réservées à l'administration des médicaments écrasés, qui sont à conserver dans le réfrigérateur dédié aux compléments alimentaires. Le nettoyage et la désinfection du réfrigérateur des médicaments thermosensibles et des locaux de soins sont insuffisamment tracés.
Remarque n° 25	La répartition des rôles propres à la direction de l'établissement d'une part, et au MedCo d'autre part, n'est pas discernable en pratique, avec une

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	confusion des responsabilités portées par l'un ou l'autre notamment lors des admissions des résidents.
Remarque n° 26	Par courriel du 26 septembre 2022, la mission a demandé à l'établissement de lui envoyer le compte-rendu de la dernière commission gériatrique qui s'est tenue le 22 décembre 2021 ainsi que la liste d'émargement des participants. Ces documents n'ont pas été transmis lors de la réponse de la direction en date du 24 octobre 2022.
	Cette absence de traçabilité des échanges hypothèque les évaluations portant notamment sur la coordination des intervenants dans la prise en charge des résidents.
Remarque n° 27	Par courriel du 26 septembre 2022, la mission a demandé à l'établissement de lui envoyer le nombre de séjours et de journées d'hospitalisation complète en établissement de soins de courte durée et de soins de suite et de réadaptation en cours d'hébergement en EHPAD. La réponse apportée par la direction dans son courriel en date du 24 octobre 2022 n'est pas cohérente avec les constats et les déclarations recueillies le jour de la mission.
Remarque n° 28	La base documentaire sur les prises en charge en soins est pléthorique. Elle n'est ni revue, ni réactualisée, ni indexée et réellement organisée, ce qui la rend difficile d'emploi pour la gestion d'une situation donnée.
Remarque n° 29	Par courriel du 26 septembre 2022, la mission a demandé à l'établissement de lui envoyer les dates des 3 dernières consultations de gérontopsychiatrie sur des résidents de l'EHPAD. La réponse apportée par la direction dans son courriel en date du 24 octobre 2022 est la suivante : « l'équipe de gérontopsychiatrie est intervenue le 12/09 », sans autre information ni commentaire, ce qui n'est pas suffisant.
Remarque n° 30	Les instances de pilotage autres que les CODIR organisés par la direction de l'établissement n'ont pas été présentées à la psychologue nouvellement arrivée.
Remarque n° 31	L'absence de dénombrement actualisé des contentions, le jour de la mission, directement accessible à partir d'extractions NETSOINS®, entrave le pilotage des prises en charge des risques présentés par les résidents, et des ressources humaines à mobiliser.
Remarque n° 32	Par courriel du 26 septembre 2022, la mission a demandé à l'établissement de lui envoyer les annexes aux contrats de séjour des résidents sous

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	contention. Aucune information n'a été apportée sur ce point par la direction de l'établissement dans son courriel du 24/10/2022.
Remarque n° 33	Les documents transmis par la direction de l'EHPAD montrent que la majorité des résidents ont une évaluation régulière de la douleur, et que la plupart des résidents sous morphiniques ont des évaluations à cadence rapprochée et plus régulière. Cependant, rares sont les cotations chiffrées de ces évaluations et les commentaires cliniques permettant de comprendre la pertinence de ces prescriptions à partir du listing.
Remarque n° 34	L'incohérence entre les dénombrements successifs des résidents pris en charge en « soins palliatifs » présentés à la mission traduit un amalgame entre « Fin de vie » et « soins palliatifs », alors que ce mode de prise en charge repose notamment sur une interdisciplinarité, et l'intervention d'équipes spécialisées. Aucune convention avec une équipe de soins palliatifs n'a été présentée à la mission, à laquelle l'établissement pourrait faire appel en tant que de besoin.
Remarque n° 35	Dans son courriel du 26 septembre 2022, la mission a également demandé le dénombrement des séjours et des journées d'hospitalisation HAD, le délai moyen d'attente avant l'intervention de la structure d'HAD, ainsi que le nombre de demandes d'hospitalisation en HAD non satisfaites et les raisons invoquées par la structure d'HAD. La réponse à ces questions fournies par l'établissement est succincte : aucune prise en charge en HAD en cours, les délais sont de 24 à 48 H, aucune demande non satisfait.
Remarque n° 36	La réponse de la direction sur les modalités d'intervention de l'orthophoniste est incomplète, notamment en ce qui concerne la date exacte de la convention, les prescriptions médicales et les modalités de facturation des actes.
Remarque n° 37	Les comptes rendus des bilans orthophoniques réalisés sur les résidents de l'EHPAD sont peu structurés au regard des dispositions de l'avenant conventionnel des orthophonistes du 18/12/2002.
Remarque n° 38	Les données du suivi nutritionnel enregistrées interrogent sur les modalités de validation et sur leur cohérence entre les paramètres poids, albuminémie, régime et nombre de résidents pour lesquels est prescrit un complément nutritionnel.
Remarque n° 39	Par courriel du 26 septembre 2022, la mission a demandé à la direction de l'établissement de lui fournir certaines informations complémentaires (date

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	de la dernière réunion technique entre les services « soins » et « cuisine » ; date de la dernière intervention d'un diététicien). Aucune réponse n'a été apportée par l'établissement suite à cette demande.
Remarque n° 40	Sur la forme, l'architecture globale du document à partir du logiciel NETSOINS® répond aux exigences législatives. Cependant, la complétude régulière des informations médicales rassemblées dans les dossiers médicaux des résidents, en partie tributaires des acteurs du soin et de la prise en charge en termes d'effectivité et de qualité des écrits, n'est pas mise à jour régulièrement tant sur le contenu que sur l'usage qui doit répondre à des besoins identifiés.
Remarque n° 41	Un dossier d'une vingtaine de pages par résident comportant diverses informations non ciblées extraites du logiciel NETSOINS® est inadapté au contexte de l'urgence.
Remarque n° 42	Les documents transmis ne suivent pas les modèles des DLU et FLU publiés en juin 2015 par la HAS et l'ANESM et ne répondent pas aux contextes et problématiques spécifiques à la gestion de l'urgence.
Remarque n° 43	Concernant le logiciel NETSOINS®, la mission a pu constater une bonne organisation de la gestion des habilitations et des droits pour chacun des profils, en dehors d'accès apparaissant limités pour le MEDEC sur le listing transmis. La mission n'a pas pu évaluer le respect du secret médical ni de l'ensemble des règles posées par le RGPD.
Remarque n° 44	L'organisation de la réponse aux urgences médicales en dehors des temps de présence du MEDEC n'est pas formalisée ni procédurée.
Remarque n° 45	Selon l'article 6 de la convention relative à l'intervention de l'Infirmière Mobile d'Hygiène (IMH) en EHPAD : « L'IMH ne communique pas les résultats du DARI ou des évaluations de l'EHPAD aux instances, ceci restant de la responsabilité de l'EHPAD ». cet article 6 n'est pas respecté par la direction
Remarque n° 46	Multiples supports de plans de soins infirmiers, rendant peu lisible la planification des soins, et dont certains ne sont pas actualisés, favorisant un risque d'erreur dans les soins dispensés, d'autant plus au regard de la présence de professionnels vacataires et intérimaires.
Remarque n° 47	Les transmissions par les équipes soignantes ne témoignent pas d'une supervision régulière sur le continu et l'évaluation des prises en charge.

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
Remarque n° 48	Test Tinetti n'est plus effectué par la psychomotricienne faute de temps - glissement de tâches
Remarque n° 49	Absence de cohérence dans les informations relatives à la fin de vie, transmises à la mission.
Remarque n° 50	La convention est signée de façon unilatérale, par la pharmacie d'officine, au 20/10/2021, non tracée dans le RAMA.
Remarque n° 51	Contrairement aux dispositions des articles 18, 20 et du protocole « PAQ n°1 1 KB » du contrat entre l'EHPAD et la pharmacie d'officine, absence de traçabilité concernant : les réunions annuelles d'évaluation de la convention signée – et d'échanges sur ? les observations et dysfonctionnements relatifs aux médicaments des résidents
Remarque n° 52	La mission rappelle les dispositions réglementaires concernant la durée des prescriptions des stupéfiants, ne pouvant excéder 28 jours (article R.5132-30 du CSP) : l'EHPAD ne devrait pas transmettre à la pharmacie d'officine les ordonnances de stupéfiants qui indiquent une prescription de 28 jours à renouveler ; et devrait rappeler ces dispositions aux prescriptions. La mission constate que des ordonnances de stupéfiants qui indiquent 28 jours à renouveler sont transmises à l'officine, ce qui est contraire à l'article R5132.30 du CSP
Remarque n° 53	Bien qu'il y ait un stock de produits et médicaments destinés à répondre à des besoins de soins prescrits en urgence, l'établissement ne dispose pas d'une liste en regard (OMEDIT-ARS Normandie 2022).
Remarque n° 54	Présence d'une liste des médicaments non écrasables transmise par l'établissement, mais non connue des professionnels. Absence de liste de médicaments se présentant sous forme de gélules à ne pas ouvrir.
Remarque n° 55	Absence de traçabilité relative à la vérification des préparations à administrer par les IDE une fois livrées par la pharmacie d'officine
Remarque n° 56	L'identification des casiers des résidents est non conformes à la procédure « stockage des médicaments » datée du 31/7/2018.
Remarque n° 57	La mission constate la nécessité de renforcer le respect de l'observance du traitement lors de l'administration.
Remarque n° 58	La traçabilité relative à l'administration des médicaments peut être assurée de façon différée et non en temps réel, ce qui est une conduite à risque d'erreur.

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
Remarque n° 59	Les délégations d'administration des aides à la prise de traitement par le personnel d'aide à la vie courante ne sont pas clairement édictées.
Remarque n° 60	Les dates d'administration et le nom du professionnel administrant le médicament sont insuffisamment renseignés.
Remarque n° 61	La mission n'a pas été en mesure de vérifier que la récupération des médicaments prescrits nominativement et non utilisés est organisée en vue de leur destruction pour ce qui concerne les stupéfiants.
Remarque n° 62	Des erreurs de rangement de médicaments sont constatées à deux reprises dans les casiers individuels des résidents.
Remarque n° 63	Absence de désignation d'un responsable qualité sur site.
Remarque n° 64	La mission constate l'absence de plan d'action suite aux différentes évaluations
Remarque n° 65	Absence d'analyse des pratiques professionnelles Ref : HAS
Remarque n° 66	Méconnaissance des protocoles de soins par les équipes soignantes ; protocoles datant de 2017-2018 pour la plupart ; conservés dans le bureau des IDE référente et de l'IDE faisant fonction de cadre de santé.
Remarque n° 67	La mission constate l'absence de groupe de travail sur la thématique de la qualité
Remarque n° 68	La politique de déclaration des événements indésirables (EI) et des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) est insuffisamment mise en œuvre; il n'existe pas de charte de déclaration des EI.
Remarque n° 69	Données discordantes concernant la vaccination contre la grippe entre les différentes sources d'information

## **Conclusion**

L'inspection de l'EHPAD Tiers Temps, géré par le groupe DOMUSVI a été réalisée de façon inopinée le 25 août 2022.

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

- D'organisation et de fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins et la prise en charge médicale et soignante ;
- De gestion des ressources humaines ;

- Des conditions actuelles de prise en charges des résidents sur le plan de la dépendance ;
- De cadre de vie et la vie sociales des résidents ;

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