

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
(EHPAD) « La Maison des Parents »  
SAS Colisée groupe**

*67 A rue du Château des Rentiers à  
75013 Paris.  
N° FINESS 750041436*

**RAPPORT D'INSPECTION**

N°2021\_0156

Déplacements sur site les 29 et 30 juillet 2021

Mission conduite par :

- Nathalie VALERO, inspectrice désignée, coordinatrice de mission / Agence régionale de santé Ile-de-France
- Didier MARTY, inspecteur de l'action sanitaire et sociale / Agence régionale de santé Ile-de-France
- Christine BERBEZIER, médecin, Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé, Ville de Paris

Accompagnée de :

- Sylvie JOANNIDIS, médecin désigné personne qualifiée au titre de l'article L.1421-1 du code de la santé publique
- Myriam LACOUR-FARGEOT, infirmière désignée personne qualifiée au titre de l'article L.1421-1 du code de la santé publique

Textes de référence

- Article L313-13, III du code de l'action sociale et des familles
- Article L1421-1 du code de la santé publique
- Article L1421-3 du code de la santé publique
- Article L1435-7 du code de la santé publique

## AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux personnes qui en font la demande, conformément aux articles L311-1 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 L311-2 du code des relations entre le public et l'administration :

- Ce rapport sera communicable aux tiers après la procédure contradictoire applicable à la décision envisagée du commanditaire ;
- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration ;
- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumissions à protection particulière.

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

L'article L311-5, 2<sup>o</sup> du code des relations entre le public et l'administration 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 L311-6 du code des relations entre le public et l'administration 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 en matière commerciale et industrielle ;
- 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 L1111-7 du code de la santé publique ».

L'article L311-7 du code des relations entre le public et l'administration dispose que : « lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L311-5 et L311-6 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 et auquel le rapport est destiné, d'apprécier au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>6</b>
Contexte de la mission d'inspection.....	6
Modalités de mise en œuvre de la mission d'inspection .....	6
<b>1 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>7</b>
1.1 Un régime d'autorisation conforme .....	7
1.2 Des locaux agréables présentant cependant une certaine vétusté .....	8
<b>2 GOUVERNANCE DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>8</b>
2.1 Présentation du gestionnaire .....	8
2.2 Un projet d'établissement non abouti et méconnu.....	9
<b>3 MANAGEMENT</b> .....	<b>10</b>
3.1 Conduite générale de l'établissement.....	10
3.1.1 Equipe de direction.....	10
3.1.2 La continuité de direction .....	12
3.2 Situation des effectifs : des postes à pourvoir .....	13
3.3 Organisation du travail.....	14
3.4 Formation des personnels .....	15
<b>4 PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS</b> .....	<b>17</b>
4.1 Droits des usagers et accompagnement.....	17
4.1.1 Une animation quotidienne appréciée des résidents et des familles.....	17
4.1.2 Des dossiers d'usagers incomplets.....	18
4.1.3 Une formalisation des projets d'accompagnement personnalisé à redynamiser .....	19
4.2 Organisation de la prise en soins médicaux et paramédicaux.....	20
4.2.1 Prise en soin des résidents .....	20
4.2.2 Prise en soin médicale.....	23
4.2.3 Prise en soin paramédicale.....	25
4.2.4 Qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse .....	32
4.2.5 Continuité des soins .....	39
4.2.6 Coordination des professionnels .....	42
4.2.7 Conventions et partenariats .....	42
<b>5 DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES</b> .....	<b>43</b>
5.1 Démarche qualité.....	43
5.2 Gestion des risques .....	43
5.2.1 Document unique d'évaluation des risques (DUER).....	43
5.2.2 Politique de prévention et de gestion des risques .....	44
5.2.3 Sécurité incendie .....	47
5.2.4 Circuit des déchets .....	47
<b>RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES</b> .....	<b>50</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>54</b>
<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>56</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>57</b>

### Liste des annexes

1. Lettre de mission des agents de l'Agence Régionale de Santé et de la Ville de Paris
2. Courrier d'annonce d'inspection de l'Agence Régionale de Santé et de la Ville de Paris remis en main propre
3. Liste des documents consultés et demandés à la direction de l'établissement
4. Liste des personnes auditionnées

## SYNTHESE

### **Éléments déclencheurs de la mission d'inspection**

Cette mission d'inspection est hors programme régional d'inspection et de contrôle de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France (ARS IDF) au titre de l'année 2021 (PRIC). Le directeur général de l'Agence régionale de santé a été destinataire de courriers de réclamations concernant les conditions de fonctionnement et la prise en charge des personnes âgées au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « La Maison des Parents » à Paris (75013) et géré par le groupe SAS Colisée.

Il a diligenté une mission d'inspection chargée de vérifier les conditions de fonctionnement de l'établissement ainsi si les modalités de la prise en charge des résidents permettent de garantir la santé, la sécurité et l'intégrité des personnes accueillies, conformément aux articles L.313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF).

### **Méthodologie suivie et difficultés rencontrées**

L'équipe d'inspection pluridisciplinaire associe un inspecteur de l'action sanitaire et sociale, une inspectrice désignée pour l'inspection-contrôle conformément à l'article L.1435-7 du code de la santé publique (CSP), un médecin et une infirmière diplômée d'état désignés personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du même code et un médecin de la Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé (DASES) de la Ville de Paris.

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces et sur place. Elle s'est rendue de manière inopinée au sein de l'EHPAD le 29 juillet 2021 puis de manière annoncée le 30 juillet. Elle a remis en main propre à la directrice la lettre annonçant l'inspection conjointe signée par le directeur général de l'ARS IDF et le sous-directeur de l'Autonomie de la DASES de la Ville de Paris.

Au cours de ces deux visites et de celle de la matinée du 16 septembre 2021, l'équipe d'inspection a rencontré la directrice, mené des entretiens sur site avec des salariés et des résidents. Elle a également pris attache auprès de familles.

L'équipe de direction a laissé toute liberté à la mission pour organiser les entretiens salariés et résidents. La mission a eu tardivement les codes d'accès informatiques aux dossiers résidents. Elle a eu accès aux pièces demandées lorsqu'elles étaient connues. La Directrice régionale Grand Est Colisée était présente le second jour de visite et a été présente à la restitution faite par la mission.

Par ailleurs, la mission souligne que la direction l'a informée du constat de disparition de trois dossiers de salariés, non consultés par la mission, après visite d'inspection.

### **Principaux constats relevés par la mission d'inspection**

#### Points forts :

- ✓ Le cadre et les conditions hôtelières sont de qualité néanmoins qui nécessitent une marge de progrès sur la propreté et l'état vétuste des offices de cuisine ;
- ✓ L'animation est riche et appréciée des résidents ;
- ✓ La stabilisation en cours de l'équipe de direction ;
- ✓ L'impulsion d'un nouveau projet d'établissement qu'il est prévu de rédiger collectivement ;
- ✓ Un médecin coordonnateur (MEDEC) présent à plein temps et une équipe paramédicale investie et professionnelle.

#### Points faibles :

- ✓ L'absence d'un projet d'établissement ;
- ✓ L'équipe pluridisciplinaire incomplète (ergothérapeute, infirmière diplômée d'état jour et nuit) ;
- ✓ L'organisation de l'astreinte administrative n'est pas connue des professionnels et l'absence d'outils pour le cadre d'astreinte est à noter ;
- ✓ Absence du projet d'accompagnement personnalisé (PAP) et du projet de soins dans les dossiers usagers consultés ;

- ✓ La tenue du dossier salarié n'est pas homogène, les fiches de postes ne sont pas toutes individualisées et à jour ; les salariés manquent de visibilité sur leurs tâches et missions ;
- ✓ L'équipe de cadres est bien dotée mais la présence de proximité est insuffisante pour rappeler les bonnes pratiques et postures professionnelles des agents des services hôteliers (ASH) et des soignants ;
- ✓ L'oralité est prépondérante dans la transmission des soins et la traçabilité est insuffisante et non sécurisée (absence de codes personnels [REDACTED] pour l'ensemble des professionnels et des libéraux extérieurs) ;
- ✓ Le circuit du médicament est insuffisamment sécurisé, et en particulier le stockage car des médicaments sont entreposés hors du local de soin. De plus, l'identitévigilance lors du processus de préparation et de distribution des médicaments est à renforcer ;
- ✓ La qualité des repas est à renforcer (plats goûtés par la mission) ainsi que les horaires de service (jeûne nocturne supérieur à 12 heures) ;
- ✓ La démarche qualité et la gestion des risques (GDR) n'est pas opérationnelle, la culture du signalement des événements n'existe pas et le plan qualité n'est pas suivi.

# INTRODUCTION

## Contexte de la mission d'inspection

La mission d'inspection de l'EHPAD « La Maison des Parents », situé 67 A rue du Château des Rentiers à Paris (75013), a été diligentée par la Ville de Paris et le Directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS). Celui-ci a été destinataire de divers courriers de réclamations concernant les conditions de fonctionnement et la prise en charge des personnes âgées au sein de l'établissement.

La mission a été chargée de vérifier les conditions de fonctionnement de l'établissement et les modalités de la prise en charge des résidents permettant de garantir la santé, la sécurité et l'intégrité des personnes accueillies, conformément aux articles L.313-13<sup>1</sup> et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF).

## Modalités de mise en œuvre de la mission d'inspection

L'EHPAD « La Maison des Parents » est un établissement privé à but lucratif appartenant au groupe SAS COLISEE (cf. point 2.1).

Cette mission d'inspection est organisée par la Ville de Paris et l'ARS d'Ile-de-France (IDF) dans leur domaine de compétence, conformément au III de l'article L. 313-13 du CASF. L'équipe d'inspection pluridisciplinaire était constituée de Madame Nathalie VALERO, coordinatrice de la mission, inspectrice désignée pour l'inspection-contrôle en application de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique, de Monsieur Didier MARTY, inspecteur de l'action sanitaire et sociale et de Madame le Docteur Christine BERBEZIER, médecin, Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé, Ville de Paris. La mission était accompagnée de Madame le Docteur Sylvie JOANNIDIS, médecin et de Madame Myriam LACOUR-FARGEOT, infirmière diplômée d'Etat, désignées personnes qualifiées conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.

La mission d'inspection s'est déroulée de manière inopinée le 29 juillet 2021 puis de manière annoncée le jour suivant. L'équipe chargée du contrôle a informé les personnes dans l'établissement de sa venue avec des affichettes disposées dans les locaux. Elle a procédé à l'examen de documents sur pièces et sur place<sup>2</sup>.

Au cours de ces visites, l'équipe d'inspection a rencontré la directrice, la Présidente du conseil de la vie sociale et a mené des entretiens sur place avec des salariés. Le 16 septembre 2021, la mission a poursuivi les entretiens des professionnels absents ..... ». Elle a également pris attache auprès de familles. (Cf. annexe 4).

---

<sup>1</sup> Article L. 313-13 du CASF : « Pour les établissements, services et lieux de vie et d'accueil relevant de la compétence du directeur général de l'agence régionale de santé, les contrôles prévus à la présente section sont effectués par les personnels des agences régionales de santé mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique et les autres personnes susceptibles de les assister. ».

<sup>2</sup> Cf. la liste des documents consultés par la mission d'inspection, en annexe 3.

# 1 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

## 1.1 Un régime d'autorisation conforme

Photo 1 : EHPAD La Maison des Parents (Source ARS)



Selon le fichier FINESS (75 004 143 6), l'EHPAD a ouvert ses portes le 4 janvier 1999, la capacité indiquée (117 places) est concordante avec l'arrêté d'autorisation en vigueur.

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « la Maison des Parents » sis 67 A, rue du Château-des-Rentiers dans le 13<sup>ème</sup> arrondissement de Paris a été autorisé par arrêté du Président du Conseil de Paris en date du 4 janvier 1999, à hauteur d'une capacité de 110 places.

Compte-tenu de l'avis favorable du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale d'Ile-de-France dans sa séance du 30 septembre 2004 et sur proposition du Directeur des Affaires Sanitaires et Sociales de Paris et la Directrice de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé, l'établissement « La Maison des Parents » a été autorisé à fonctionner à hauteur d'une capacité de 117 lits par arrêté conjoint du 19 janvier 2005 et dans le cadre de la convention pluriannuelle tripartite signée en date entre l'Etat, le département de Paris et la société anonyme « Maison des Parents ».

La Présidente de la SAS Colisée patrimoine group a, le 19 novembre 2015, informé le Directeur général de l'ARS Ile-de-France de sa reprise du mandat social de la société par actions simplifiée unipersonnelle (SASU) « La Maison des Parents », gestionnaire de l'EHPAD.

Après transmission du rapport d'évaluation externe de l'établissement, l'autorisation de la structure a été renouvelée par l'ARS et la Ville de Paris à compter du 3 janvier 2017, pour une durée de 15 ans.

Le 23 août 2019, la Présidente de la SAS Colisée Patrimoine Group a, dans le cadre d'une simplification de l'organisation des établissements gérés par le groupe, demandé au Directeur général de l'ARS d'Ile-de-France d'autoriser la cession de l'autorisation de l'EHPAD « La Maison des Parents » au bénéfice de la SAS Colisée Patrimoine Group, avec une prise d'effet au 1<sup>er</sup> janvier 2020. La demande de cession a été accordée par arrêté conjoint du 13 décembre 2019.

L'établissement ne dispose pas de places habilitées à l'aide sociale. Il est tarifé au tarif partiel sans pharmacie à usage intérieur (PUI). La mission a eu accès au registre des entrées et sorties, prévu par les articles L. 331-2<sup>3</sup> et R. 331-5<sup>4</sup> du CASF.

<sup>3</sup> Article L. 331-2 du CASF : Il est tenu dans tout établissement un registre, coté et paraphé dans les conditions fixées par voie réglementaire, où sont portées les indications relatives à l'identité des personnes séjournant dans l'établissement, la date de leur entrée et celle de leur sortie. Ce registre est tenu en permanence à la disposition des autorités judiciaires et administratives compétentes. (...)

<sup>4</sup> Article R. 331-5 du CASF : Le registre prévu à l'article L. 331-2 est coté et paraphé par le maire.

## 1.2 Des locaux agréables présentant cependant une certaine vétusté

Le bâtiment s'organise sur cinq étages. Les 117 places d'hébergement permanent, dont une unité protégée de 20 places, sont réparties en 113 chambres individuelles et deux chambres doubles.

Les chambres sont spacieuses avec une salle d'eau adaptée. Le poste de soins (cf. point 4.1.1.1) est localisé au premier étage dans l'unité protégée. 114 lits étaient occupés lors de l'inspection.

Au rez-de-chaussée, se situent un local de kinésithérapie, deux salles de restaurant, une salle d'activité de 120 m<sup>2</sup>, notamment pour les animations quotidiennes, ainsi qu'un espace extérieur protégé et arboré, aménagé pour le déplacement des résidents.

Les WC du 1<sup>er</sup> étage ne disposaient plus d'essuie-mains.

Enfin, les offices de cuisine présentent une certaine vétusté (cf. ci-après point 4.2.3.3.1).

## 2 GOUVERNANCE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 Présentation du gestionnaire

Le Groupe Colisée est une société par actions simplifiée (SAS) dont le siège est à Bordeaux. Il gère sur le territoire francilien 13 EHPAD dont un sur Paris, ainsi que des agences de services d'aide à domicile.

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) couvrant la période 2019/2023 a été signé le 15 avril 2019 par la Ville de Paris, l'ARS Ile-de-France et le Directeur de l'EHPAD « la Maison des Parents » par délégation de pouvoir du groupe « Colisée Patrimoine Group ».

Six objectifs généraux y sont définis, assortis de fiches actions :

- 1) « Renforcer la coordination des soins afin de réduire les hospitalisations évitables et renforcer la prise en charge en soins palliatifs ;
- 2) Améliorer la prise en charge des problèmes psycho-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer et améliorer l'accès à l'hygiène et à la santé bucco-dentaire des résidents ;
- 3) Fidéliser les personnels et stabiliser les équipes soignantes ;
- 4) Maintenir ou tendre vers un taux d'occupation élevé ;
- 5) Maintenir la qualité et renforcer l'individualisation de la prise en charge ;
- 6) Développement durable de Paris et responsabilité sociétale des entreprises (RSE). »

Chaque objectif général est décliné en actions à mettre en œuvre sur les cinq ans (2019-2023). La direction a indiqué à la mission de ne pas avoir connaissance de l'existence d'un tableau de bord de suivi de la mise en œuvre des actions du CPOM. Néanmoins, le rapport d'activité 2020 joint à l'état réalisé des recettes et dépenses (ERRD) fait un point d'étape intitulé « tableau de suivi des objectifs de la convention tripartite/du CPOM » (p.4).



## 2.2 Un projet d'établissement non abouti et méconnu

Il n'existe pas de projet d'établissement (PE) tel que prévu par l'article L311-8<sup>5</sup> du CASF ; mais un pré-projet d'établissement datant de juillet 2017.

Celui-ci comporte onze parties :

- 1) « Préambule
- 2) L'histoire de Colisée et de ses résidences
- 3) Nos résidents dans leur environnement
- 4) Notre engagement : optimiser le bien-être au quotidien
- 5) La prise en soins personnalisée et la méthode Montessori
- 6) Le PAP : fil conducteur de la résidence
- 7) Une animation au cœur de la résidence
- 8) Notre projet de soins
- 9) Les modalités de coopération envisagées
- 10) La sécurité, les risques et la qualité
- 11) Conclusion »

Les entretiens menés auprès des professionnels, des résidents et des familles confirment l'inexistence d'un PE. Si les professionnels connaissent les missions d'un EHPAD, leur activité ne s'inscrit pas dans un projet institutionnel prospectif rédigé de manière collégiale et se référant aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la Haute autorité de santé (HAS - « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service », Mai 2010).

**1er. écart En ne disposant pas d'un projet d'établissement soumis au CVS, la direction ne respecte pas les dispositions des articles L311-8 du CASF.**

<sup>5</sup> Article L. 311-8 du CASF : « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement (...). Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation ».

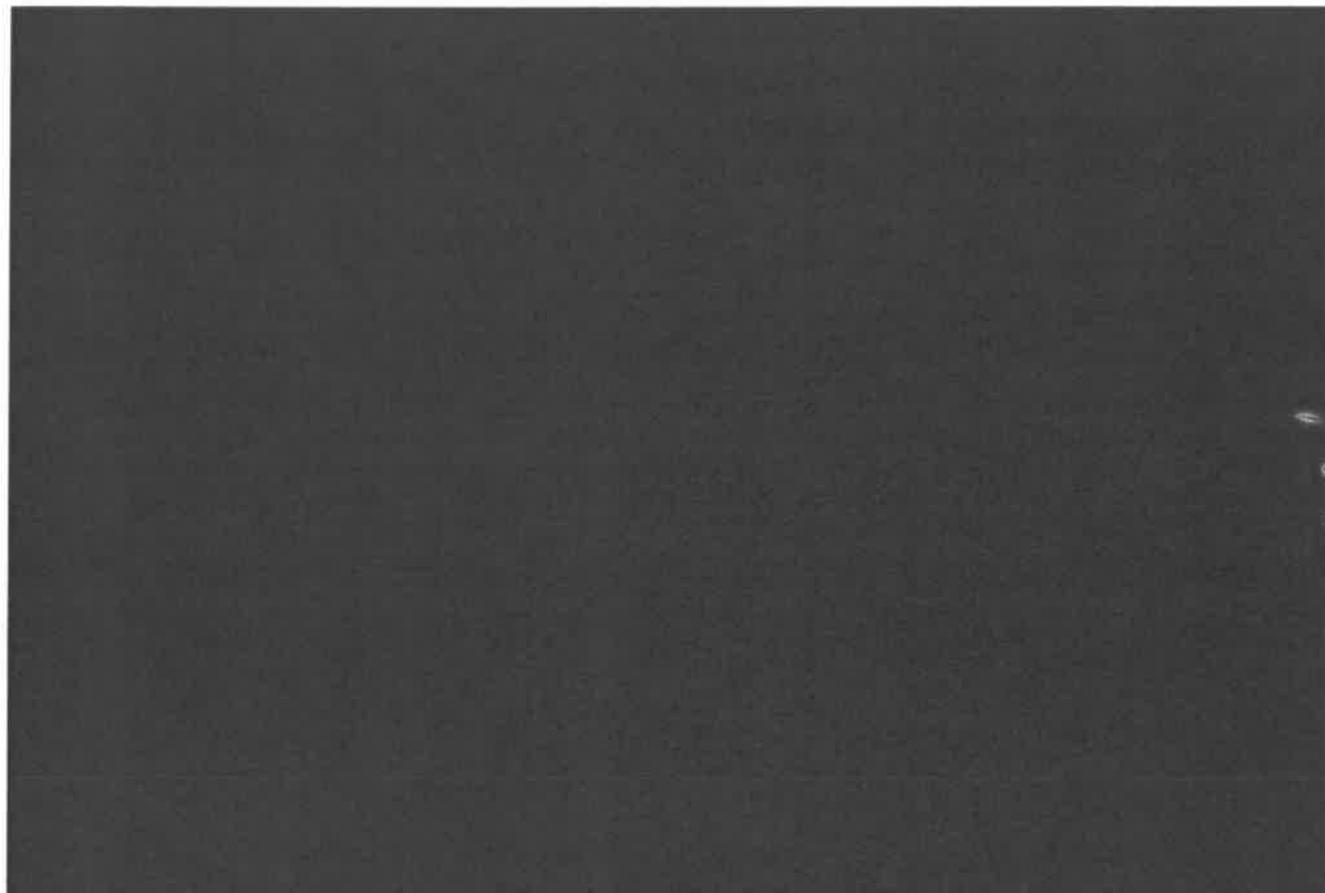
### 3 MANAGEMENT

#### 3.1 Conduite générale de l'établissement

##### 3.1.1 Equipe de direction

L'équipe de cadres se compose d'une directrice, d'une adjointe de direction, d'un médecin coordinateur, d'un infirmier coordinateur, d'une responsable hébergement, d'une responsable restauration et d'une psychologue.

Figure 1 : Organigramme de l'établissement (Source : COLISEE)



##### 3.1.1.1 La directrice

██████████ Selon sa fiche de poste, non personnalisée, son responsable hiérarchique direct est le directeur régional du groupe Colisée et relève du statut « cadre C » de la convention collective de l'hospitalisation privée à but lucratif du 18 avril 2002.

██████████ Elle est titulaire de ██████████ diplômes ██████████ conformément à l'article D. 312-176-6<sup>6</sup> du CASF.

Comme le prévoit l'article D. 312-176-5 du CASF, elle dispose d'une délégation de pouvoir de la Directrice régionale « Grand-Est »<sup>7</sup> ██████████

██████████ Ce document unique de délégation (DUD) précise la nature et l'étendue de la délégation qui concerne :

<sup>6</sup> Article D312-176-6 du CASF : Doit être titulaire d'une certification de niveau I enregistrée au répertoire national des certifications professionnelles prévu à l'article L. 335-6 du code de l'éducation le professionnel ayant reçu les délégations mentionnées aux troisième à septième alinéas de l'article D. 312-176-5 et qui, selon les situations :

a) Dirige ou administre l'un des groupements mentionnés à l'article L. 312-7 ;  
b) Dirige un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux répondant cumulativement, sur au moins trois exercices comptables clos consécutifs, au moins à deux des trois seuils fixés à l'article R612-1 du code de commerce ;  
c) Dirige le siège social, en application de l'article R. 314-87, d'un organisme gestionnaire autorisé.

<sup>7</sup> ██████████

- « La définition et la mise en œuvre du projet d'établissement ;
- La gestion des ressources humaines ;
- L'hygiène et la sécurité ;
- La gestion budgétaire et comptable ;
- La coordination avec les institutions et intervenants extérieurs. »

Le délégataire exerce sa délégation sous le contrôle de la direction générale et dans le cadre des procédures qui lui sont imposées.

La directrice s'appuie sur une adjointe de direction [REDACTED] ainsi que sur deux stagiaires de direction étudiants en master. Selon les entretiens, l'adjointe de direction est responsable de certains aspects de gestion des ressources humaines ainsi que de l'établissement des payes.

### 3.1.1.2 Le médecin coordonnateur (MEDEC)

[REDACTED] Son temps de présence est en conformité avec les dispositions du CASF [REDACTED]

[REDACTED] Il dispose d'une fiche de poste non personnalisée ni signée qui décrit ses missions :

- « *Elaboration, mise en œuvre et évaluation du projet de soins ;*
- *Formalisation d'un avis concernant la demande de séjour ;*
- *Organisation de la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux ;*
- *Evaluation de l'état de dépendance et de l'état pathologique des résidents ;*
- *Application des bonnes pratiques gériatriques et prévention de la maltraitance ;*
- *Veille à la bonne adaptation des prescriptions de médicaments des médecins traitants aux impératifs gériatriques ;*
- *Participation à la mise en œuvre d'une politique de formation ;*
- *Elaboration du dossier type de soins ;*
- *Elaboration du rapport annuel d'activité médicale ;*
- *Participation à la mise en œuvre des conventions conclues avec les établissements de santé au titre de la continuité des soins et en cas de risques exceptionnels ;*
- *Collaboration et intégration aux réseaux gérontologiques et aux réseaux de santé ».*

### 3.1.1.3 L'Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur (IDEC)

[REDACTED]

Cette fonction relève du statut de cadre selon son contrat de travail. [REDACTED]

[REDACTED] Il dispose d'une fiche de poste non personnalisée ni signée qui décrit ses missions :

- « *Prise en charge et qualité des soins ;*
- *Management et animation de l'équipe pluridisciplinaire ;*
- *Gestion de la relation client et du réseau externe ;*
- *Gestion et suivi de la vie courante de la résidence ».*

En conclusion, la mission relève que le binôme MEDEC et IDEC est stable [REDACTED]

**1er. remarque** Le contrat de travail du MEDEC n'est pas à jour au regard de son temps de travail effectif [REDACTED]

### 3.1.2 La continuité de direction

Un calendrier d'astreinte est formalisé [REDACTED] celui-ci a évolué entre la première visite fin juillet et celle du 16 septembre [REDACTED]. Les calendriers vus par la mission ne mentionnent pas de date de mise à jour ce qui peut être source de confusion pour connaître la version applicable.

Selon les entretiens, la directrice est d'astreinte en semaine après 20 h 00 jusqu'à sa reprise de poste. Pour le week-end et les jours fériés, il existe trois lignes d'astreintes : une ligne d'astreinte assurée par l'un des 6 cadres de l'établissement, une ligne d'astreinte assurée par le directeur régional et une ligne d'astreinte assurée par le directeur de garde responsable de la gestion d'un autre établissement du groupe.

Le roulement de l'astreinte des week-ends et jours fériés au sein de l'EHPAD s'effectue entre six cadres : la directrice, l'adjointe de direction [REDACTED], l'IDEC, la responsable hôtellerie, la responsable restauration et la psychologue. Cette astreinte est réalisée en présentiel sur site. La mission n'a pas eu connaissance de l'existence d'une délégation de signature à chaque cadre devant assurer une astreinte. Il apparaît que les cadres positionnés dans ce roulement n'ont pas bénéficié de formation préalable et ne disposent pas d'outils d'astreinte (numéros utiles, marche à suivre par thématique, etc.). Selon la problématique rencontrée, l'astreinte doit contacter le collègue compétent sur le sujet pour obtenir l'information nécessaire. De plus, les entretiens menés avec les salariés révèlent que ce calendrier d'astreinte est méconnu de l'ensemble des professionnels et qu'ils ne savent pas à quel cadre d'astreinte se référer ni à quel numéro les joindre.

De plus, il existe un document intitulé « Situation de crise - procédure d'alerte » qui indique les téléphones portables des directrices de l'établissement et régionale à prévenir une fois « l'application immédiate de la procédure adaptée ». Le portable des cinq autres cadres chargés d'assurer une astreinte n'est pas mentionné dans le calendrier ni dans un autre document.

Selon les entretiens, le cadre d'astreinte rédige un courriel le dimanche à l'attention de l'équipe de cadres pour indiquer les événements survenus au cours de cette période. Le cadre a à sa disposition un fichier de vacataires pour effectuer les remplacements. Lors de la réunion de direction, certains événements peuvent être repris.

**2e. remarque** Les salariés méconnaissent le cadre désigné d'astreinte. Le calendrier n'est pas daté ni diffusé auprès des équipes.  
Les cadres d'astreinte n'ont pas bénéficié d'une formation et ne disposent pas d'outils du type « marche à suivre, contacts utiles ».

### 3.2 Situation des effectifs : des postes à pourvoir

L'organigramme de l'EHPAD transmis à la mission d'inspection n'est pas daté ; en revanche le fichier Excel date du [REDACTED]. Il présente les liens hiérarchiques entre l'équipe de direction et les équipes non cadres.

Il fait état d'un effectif total de 77 ETP (équivalent temps plein) et de cinq postes vacants [REDACTED]

[REDACTED] La direction mène une réflexion pour compléter l'équipe de nuit par un IDE ou un aide-soignant.

Tableau 1 : Effectifs en poste déterminés à partir de l'organigramme remis à l'ARS IDF par la direction (Source : ARS IDF)

Fonction		Nb salariés en poste	ETP disponibles	Dont ETP nuit	Dont ETP vacants
Equipe de direction	Directrice				
	Adjointe de Direction				
	Responsable hébergement				
	Responsable restauration				
	IDEC				
	MEDEC				
	Psychologue				
	Accueil				
	Equipe cuisine				
	Agent hôtelier				
	Agent hôtelier faisant fonction AS				
	Ouvrier				
	Psychomotricien				
	Animateur				
	Infirmier diplômé d'Etat (IDE) dont 1 IDER				
	Aide-soignant (AS) ou AMP				
	Stagiaire de direction				
	Apprentie adjoint de direction				
	<b>TOTAL</b>		74	77	6

Selon les entretiens, le remplacement des soignants absents (arrêt maladie par exemple) représente une mission quotidienne chronophage. Elle est effectuée par l'IDEC aidé de l'adjointe de direction. [REDACTED]

Le remplacement des soignants absents suit la démarche suivante :

- Solliciter les salariés pour remplacer en heures supplémentaires payées ou récupérées (le salarié a le choix) ;
- Faire appel au vivier de vacataires.

Le recours à l'intérim est exceptionnel et concerne principalement les IDE qui sont actuellement très difficiles à remplacer.

### 3.3 Organisation du travail

Des plannings sont établis par service.

La responsable restauration établit les plannings du service restauration.

La responsable hébergement établit les plannings des agents des services hôtelier (ASH), de l'ouvrier d'entretien et de la lingerie.

Selon les entretiens, l'IDEC [redacted] gestion des plannings et de management qui sont très souvent phagocytées par la gestion d'urgences logistique (fuite d'eau, petit bricolage, lits cassés, sonnette défailante, ...).

Il est sollicité régulièrement sur son téléphone personnel pendant son temps de repos par les professionnels ou vacataires, durant ses congés, en cas de problèmes de ressources humaines, d'incidents avec un résident, de vacataires voulant connaître leur poste d'affectation, ....

Concernant l'Infirmier référent (IDER) ; l'IDEC peut s'appuyer sur ce dernier qui participe à la transmission des ordonnances et prescriptions à la pharmacie et au laboratoire conventionnés, à la réception, vérification et rangement des livraisons de médicaments avec une IDE pour tous les résidents de l'EHPAD alors que cette mission est uniquement dans la fiche de poste IDE. Il s'occupe de l'inventaire des lits et détermine les besoins de remplacement. Il participe à la visite médicale quotidienne du MEDEC Il est amené également à remplacer l'absence d'un IDE, est missionné par la direction, en l'absence de l'IDEC, pour rechercher des vacataires AS/AMP ou IDE pour pallier les absences.

Les missions de l'IDEC et de l'IDER ne leur étant pas exposées, des glissements de tâches s'observent afin de répondre aux urgences. Un épuisement professionnel a été entendu lors des entretiens.

L'IDEC établit les plannings des IDE et des soignants jour et nuit. Les soignants travaillent en douze heures.

[redacted]

Selon les entretiens, des temps de transmissions d'une demi-heure ont lieu lors des deux changements d'équipe jour/nuit. La transmission d'information est principalement orale. L'équipe de nuit dispose d'un « cahier de transmissions de nuit » pour tous les étages, [redacted]. Les IDE de jour effectue la traçabilité sur [redacted] par retranscription des notes prises dans le cahier de transmissions par l'équipe de nuit (cf. ci-après point 4.4.3.7).

Les fiches de poste, transmises par l'inspecté, sont formalisées selon le standard du groupe Colisée et ne sont pas personnalisées ni signées par les salariés. Les entretiens menés révèlent que les professionnels ne connaissent pas leur fiche poste. [REDACTED]

[REDACTED] La mission d'inspection relève un certain glissement de tâches pour les cadres en particulier l'IDEC et l'IDER chargés d'assurer des missions d'intendance logistique (réparation de fauteuil, lits ...).

La présence des cadres lors de la réalisation des tâches quotidiennes des ASH et soignants est insuffisante et source de négligence. [REDACTED]

La mission souligne la non tenue de réunions de service et une quasi absence d'évaluation des pratiques sur le terrain pouvant engendrer des conflits, des risques psychosociaux et l'isolement des professionnels.

Par ailleurs, lors des entretiens, la qualité du climat social au sein de l'EHPAD est indiquée le plus souvent comme satisfaisante. [REDACTED]

<b>3e. remarque</b>	<b>Les cadres sont éloignés de leurs missions premières pour répondre à des urgences parfois logistiques (glissement de tâches). Les équipes ASH et soignants mènent leur travail sans présence régulière des cadres afin de rappeler les bonnes postures et pratiques professionnelles.</b>
---------------------	--

### 3.4 Formation des personnels

Le Groupe a adressé à l'ensemble de ses salariés le catalogue [REDACTED] présentant l'offre de formation, axée autour des priorités suivantes :

- La poursuite de la méthode [REDACTED] adaptées aux personnes âgées pour tous les nouveaux professionnels,
- Santé et sécurité au travail,
- Restauration : textures modifiées,
- Gestion du stress et de l'agressivité,
- Hygiène : gestion au quotidien du risque COVID.

Ainsi que des formations qualifiantes par la validation des acquis de l'expérience (VAE) ou apprentissage.

L'inspecté n'a pas transmis à la mission un plan de formation formalisé mais une série de pièces faisant état des formations suivies par les professionnels.

Tableau 2 : Tableau des formations suivies par les salariés de l'EHPAD (Source : ARS)

Thème de la formation	Formateur	Date	Nombre de salariés
██████████ (logiciel plannings)	Siège Colisée	09/03/2021	3
Sécurité incendie	Pro action formation	8-9-10-11 février 2021	53
Découverte ██████████	Siège Colisée	17/12/2020	14 soignants
Sensibilisation à l'utilisation des produits de nettoyage et de désinfection Cuisine	Responsable hébergement LMP	08/12/2020	2
██████████ (traitement de l'eau)	Siège Colisée	03/09/2020	Non communiqué
Rappel des protocoles COVID	Responsable hébergement LMP	23/04/2020	5 ASH
Plan d'action COVID	Responsable hébergement LMP	19/03/2020	9 ASH et 1 stagiaire
Sensibilisation à l'utilisation des produits de nettoyage et de désinfection hébergement	Responsable hébergement LMP	20/01/2020 8 et 10 décembre	21 ASH
Entretien COVID	Responsable hébergement LMP	Non mentionnée	7 ASH
Mise en place d'un « classeur petit-déjeuner »	Responsable hébergement LMP	15/01/2020	5 ASH

Ces formations sont dans la continuité de celles retenues en 2020, retrouvées dans les dix-huit dossiers des salariés consultés par la mission (cf. tableau 3).

Tableau 3 : Attestations présentes dans les dossiers salariés consultés par la mission (Source : ARS)

Attestations de formations présentes dans les dossiers salariés	Nombre de salariés ayant bénéficié des formations
Sécurité incendie	7
Méthode Montessori adaptée aux personnes âgées avec troubles cognitifs	5
Prévenir la dénutrition	2
Soins palliatifs	1
Gestes et conduites face aux situations d'urgence	1
Congé individuel de formation aide-soignante	1

La mission observe qu'il n'y a pas eu de formation sur la thématique maltraitance. Toutefois, la formation « Découverte ██████████ » aborde la prise en charge bienveillante de la personne âgée en perte d'autonomie.

La mission constate aussi qu'il n'y a eu aucune formation sur l'AFGSU alors que tout le personnel doit avoir une attestation de l'AFGSU de niveau 1 ou 2 remise à jour tous les 4 ans. ██████████

**4e. remarque** En n'organisant pas de formation spécifique sur la thématique de la maltraitance, la direction ne met pas en œuvre les recommandations de bonnes pratiques professionnelles formulées par la HAS qui recommande l'organisation de sessions de formation à destination de l'ensemble des professionnels (« Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance » – décembre 2008).

## 4 PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS

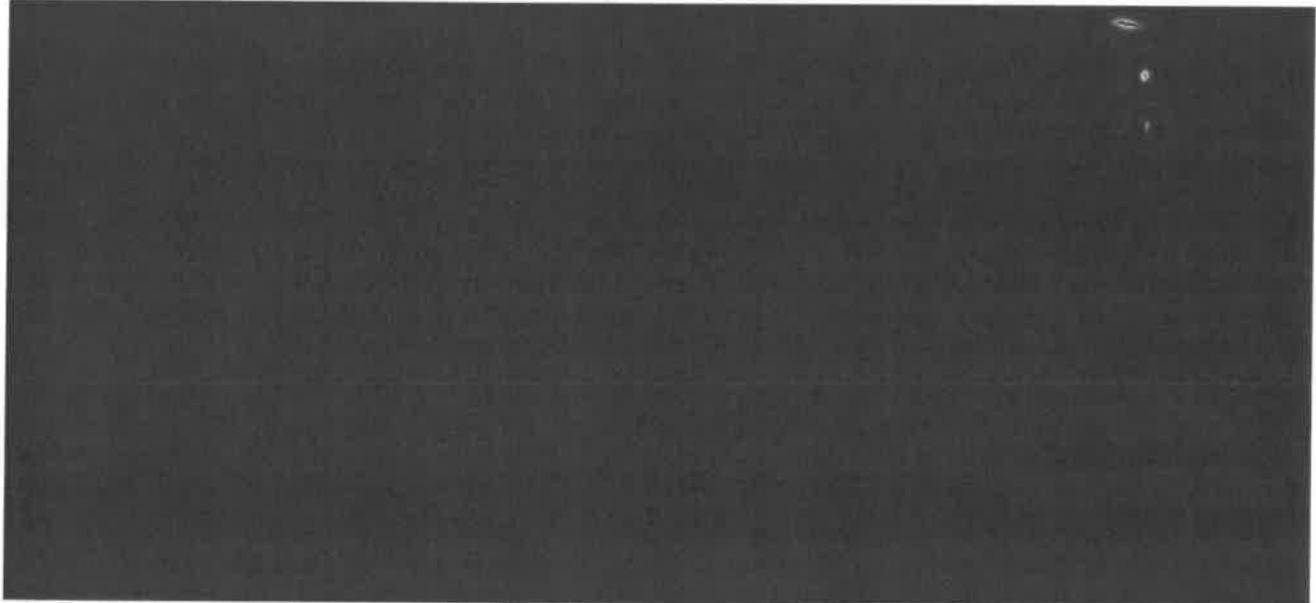
### 4.1 Droits des usagers et accompagnement

#### 4.1.1 Une animation quotidienne appréciée des résidents et des familles

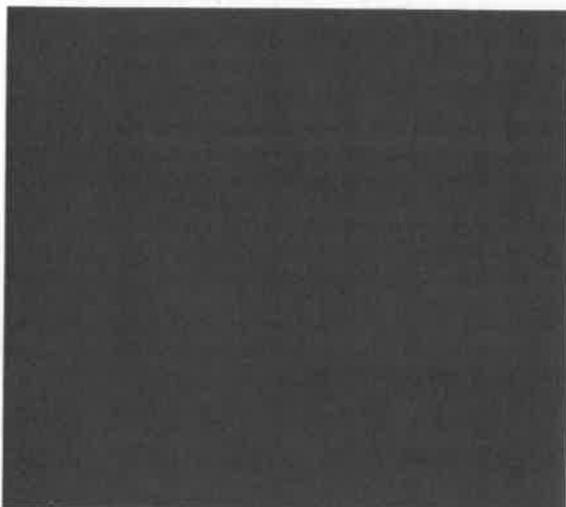
Le site internet des « résidences Colisée » présente les EHPAD du Groupe comme « ponctuant le quotidien des résidents de multiples animations et activités ». L'établissement « La Maison des Parents » propose ainsi aux personnes accueillies des activités quotidiennes d'animation, permettant d'assurer le bien-être des personnes accueillies, ainsi que de préserver leur autonomie et le lien social.

L'équipe d'animateurs [REDACTED] assure quotidiennement, en semaine et un samedi sur deux, quatre animations quotidiennes, parmi les quinze animations hebdomadaires organisées. Des fiches d'évaluations sont renseignées régulièrement, de même que l'évaluation de la participation individuelle des résidents dans le cadre d'un projet d'animation personnalisé par résident.

Photo 2 : planning et salle des animations de la dernière semaine de juillet (source : ARS)



Selon les entretiens, les résidents de l'unité protégée bénéficient d'un temps d'animation de courte durée.



Une gazette mensuelle est également rédigée par l'équipe d'animation. Celle-ci annonce les événements au sein de l'EHPAD (concerts) et donne une information sur l'actualité principalement culturelle. Elle indique également l'arrivée des nouveaux résidents [REDACTED], les anniversaires du mois et les décès.

#### 4.1.2 Des dossiers d'usagers incomplets

La mission d'inspection a consulté dix dossiers de résidents, choisis de manière aléatoire.

Les dossiers étudiés sont globalement peu renseignés :

- 9/10 contrats de séjour sont signés soit par la personne de confiance [REDACTED], par la résidente elle-même [REDACTED], par le représentant légal [REDACTED].
- 7/10 états des lieux à l'entrée dans le logement privatif présents.
- 5/10 désignations d'un proche référent ou de la personne de confiance.
- 3/10 indications du niveau de dépendance (GIR).
- 1/10 fiches de renseignements (dont le nom du médecin traitant) complétée.
- 0/10 projets individualisés ; aucun PAP présent.

Si la quasi-totalité des outils garantissant l'expression des droits des usagers sont formalisés (absence d'un projet d'établissement validé, contrat de séjour, livret d'accueil, Charte des droits et des libertés, règlement de fonctionnement, conseil de la vie sociale), certains points sont à compléter.

La mission a reçu deux versions de livret d'accueil remis à l'utilisateur. Une version cite la possibilité de saisir une personne qualifiée en cas de différend au sein de l'EHPAD comme le prévoit l'article L. 311-5<sup>8</sup> du CASF mais il ne précise pas la marche à suivre (p.14) ; et l'autre version détaille comment le saisir (p.21-23). L'arrêté conjoint de désignation des personnes qualifiées n'était pas affiché dans les locaux.

Concernant l'installation et le fonctionnement du conseil de la vie sociale (CVS) prévu par l'article L311-6<sup>9</sup> du CASF, le procès-verbal du scrutin de désignation du collège des familles et représentants légaux s'est déroulé entre [REDACTED]. Deux représentants des familles ont été élus, les élections ne concernent pas les représentants d'usagers.

Les familles entendues connaissent l'existence du CVS mais ignorent la teneur des sujets abordés.

Le règlement intérieur du CVS remis est un modèle vierge du Groupe Colisée ce qui signifie qu'il n'a pas été adopté lors du renouvellement de ses membres comme le prévoit l'article D311-19<sup>10</sup>.

De plus, le CVS s'est réuni deux fois en 2019 au lieu de trois comme le prévoit l'article D311-16<sup>11</sup> du CASF, aucune fois en 2020 en raison de la crise sanitaire. Le CVS s'est réuni le 17 avril 2021 puis le 20 mai 2021.

<sup>8</sup> Article L. 311-5 du CASF : **Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du Conseil départemental. Si la personne prise en charge est un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation et qu'elle n'a pas fait appel à une personne qualifiée, cette décision peut être prise par la personne chargée de la mesure de protection. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé, à son représentant légal ou à la personne chargée de la mesure de protection juridique dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.**

<sup>9</sup> Article L311-6 du CASF : **Afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service. Il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation. Les catégories d'établissements ou de services qui doivent mettre en œuvre obligatoirement le conseil de la vie sociale sont précisées par décret. (...).**

<sup>10</sup> Article D311-19 du CASF : **Le conseil établit son règlement intérieur dès sa première réunion.**

<sup>11</sup> Article D311-16 du CASF : **Le conseil se réunit au moins trois fois par an sur convocation du président ou, dans les établissements mentionnés au dernier alinéa de l'article D. 311-9, du directeur, qui fixent l'ordre du jour des séances. Celui-ci doit être communiqué au**

Enfin concernant le formalisme du compte-rendu de CVS, celui-ci ne mentionne pas le secrétaire de séance comme le prévoit l'article D311-20<sup>12</sup> du CASF. Les sujets abordés sont en lien avec le fonctionnement de l'établissement mais le pré-projet d'établissement transmis n'a pas été présenté.

**2e. écart** En n'organisant pas d'élections pour les représentants d'usagers, la direction ne respecte pas les dispositions de l'article D311-8<sup>13</sup> du CASF.

**3e. écart** En n'adoptant pas un nouveau règlement intérieur lors de la première réunion du conseil renouvelé et n'identifiant pas le secrétaire de séance désigné dans le compte-rendu, la direction n'applique pas les articles D311-19 et D311-20 du CASF.

#### 4.1.3 Une formalisation des projets d'accompagnement personnalisé à redynamiser

Le pré-projet d'établissement aborde le projet d'accompagnement personnalisé (PAP) (p. 23-24). Celui-ci est préparé à partir de la collecte d'information basée sur deux grilles [redacted] qui reprennent « le passé de la personne, ses habitudes de vie (rythme, modalités de toilette, rituels personnels ...) et ses ressources physiques, psychologiques et ses potentiels ».

A leur entrée, les résidents bénéficient d'un entretien avec le MEDEC afin d'établir le plan de soins puis la psychologue établit un bilan cognitif, une évaluation de l'humeur et recueille les informations utiles pour la constitution du PAP.

A son arrivée, un professionnel est identifié « référent » pour être son interlocuteur privilégié et celui de sa famille. Tout au long de son séjour, la pertinence du PAP est interrogée régulièrement au regard de l'évolution de la personne. « Le comité de direction met en place des réunions de synthèse avec le résident, sa famille et son référent soin afin d'échanger autour de son projet ».

[redacted] Il n'existe pas de référent désigné par PAP. [redacted] réunion de synthèse avant un remplissage collectif [redacted] première réévaluation a lieu trois mois après l'entrée, puis tous les six mois pour les personnes en unité protégée (UP) et un an pour les autres, sauf événements changeant les besoins d'accompagnement.

Un entretien de synthèse avec le résident sur ses attentes et les points à modifier est organisé. La famille peut être présente si besoin. L'actualisation des PAP est à relancer.

Les entretiens menés auprès des familles et de la présidente du CVS révèlent une méconnaissance de l'existence du PAP. [redacted]

La mission n'a pas eu connaissance de l'existence d'une procédure d'élaboration du PAP ni d'un tableau de suivi de la mise à jour des PAP.

**5e. remarque** La crise sanitaire a suspendu le suivi des PAP. Il n'existe pas de référent PAP désigné ni de procédure d'élaboration ni de tableau de bord de suivi. RBPP HAS - Fiche repère : « Le projet personnalisé: une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD) » - août 2018

moins huit jours avant la tenue du conseil et être accompagné des informations nécessaires. En outre, sauf dans les établissements mentionnés au dernier alinéa de l'article D. 311-9, le conseil est réuni de plein droit à la demande, selon le cas, des deux tiers de ses membres ou de la personne gestionnaire.

<sup>12</sup> Article D311-20 du CASF : Le relevé de conclusions de chaque séance est établi par le secrétaire de séance, désigné par et parmi les personnes accueillies ou prises en charge ou en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi les représentants des familles ou représentants légaux, assisté en tant que de besoin par l'administration de l'établissement, service ou lieu de vie et d'accueil. Il est signé par le président. Il est transmis en même temps que l'ordre du jour mentionné à l'article D. 311-16 en vue de son adoption par le conseil. Il est ensuite transmis à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire.

<sup>13</sup> Article D311-8 du CASF : Les membres du conseil sont élus pour une durée d'un an au moins et de trois ans au plus, renouvelable. [...]

## 4.2 Organisation de la prise en soins médicaux et paramédicaux

### 4.2.1 Prise en soin des résidents

#### 4.2.1.1 Locaux dédiés aux soins et aux soignants

##### *Bureau partagé des MEDEC, IDEC et psychologue*

Ce bureau se situe au 1<sup>er</sup> étage, dans l'Unité Protégée (UP), en face du poste de soins. Il est composé de deux pièces en enfilade séparées par une cloison vitrée et une porte : [REDACTED] Une porte-fenêtre fermée par un verrou donne accès du bureau médical à une terrasse sécurisée qui communique également avec la salle de restauration de l'UP.

Les portes d'accès de ces deux pièces sont sécurisées par une ouverture par badges dont les résidents n'ont pas les droits d'accès.

Ces locaux ne permettent pas de dispenser des soins aux résidents ni de respecter la confidentialité. Les médecins examinent les résidents dans leur chambre, la psychologue rencontre les résidents en chambre et reçoit les familles dans une salle attenante à la salle d'animation au rez-de-chaussée.

Ce bureau a été mis à la disposition d'une partie de la mission, en l'absence de ses occupants, durant les deux jours d'inspection. En début d'après-midi, en revenant dans les locaux, la mission a constaté que la porte-fenêtre était ouverte sur la terrasse, [REDACTED] l'accès à ce bureau est insuffisamment sécurisé.

**4e. écart** En ne respectant pas la sécurisation de l'accès aux données de santé dans le bureau médical, les professionnels contreviennent aux dispositions de l'article R.4127-45 du CSP .

**5e. écart** En ne veillant pas au maintien de sécurisation des bureaux médicaux et paramédicaux, la sécurité des résidents n'est pas garantie au titre de l'article 311-3 du CSP

##### *Poste de soins*

[REDACTED] Il est situé en face du bureau du MEDEC, IDEC et psychologue, dans l'unité protégée au 1<sup>er</sup> étage. La porte d'accès est sécurisée par une ouverture par badge dont les droit d'accès sont réservés aux professionnels. Lors de l'inspection, la mission a observé le respect du maintien de cette porte fermée.

Il est composé de trois pièces attenantes. [REDACTED] poste de soins [REDACTED] où ont lieu les transmissions, les réunions et se trouve un espace informatique [REDACTED] Il s'y trouve les dossier médicaux papier dans des armoires non fermées à clef, les protocoles, les PAP, les ordonnances papier, le cahier de transmissions de nuit et les tablettes [REDACTED]

[REDACTED] pièce [REDACTED] réservée aux soins avec des placards de stockage du matériel de soins (pansement, injection, ...), la sacoche d'urgence, l'appareil d'aspiration, l'appareil de surveillance des paramètres vitaux et des trois chariots à pansement. Sur l'un deux une boîte OPCT (objet piquant, coupant, tranchant) est retrouvée remplie au-delà du niveau de remplissage recommandé avec une pointe d'aiguille au niveau de l'ouverture. La mission a demandé aux professionnels de la fermer définitivement et de l'éliminer.

[REDACTED] pièce [REDACTED] réservée aux stockage des médicaments, des stupéfiants et des chariots de distribution des médicaments. Lors de l'inspection, la porte donnant accès à cette pièce était ouverte en permanence.

**6e. remarque** En ne respectant pas la limite de remplissage des boîtes OPCT, les professionnels soignants n'appliquent pas les recommandations de bonnes pratique de l'HAS (Guide technique des déchets d'activité de soins à risques-2009)

### **Espace des masseur-kinésithérapeutes**

Les masseur-kinésithérapeutes (MK) dispensent leurs soins, en fonction des capacités des résidents, soit en chambre, dans les couloirs ou dans une salle qui leur est dédiée, attenante à la salle d'animation au rez-de-chaussée.

### **Pièce de stockage des protections hygiéniques**

Sur le palier central des étages 2 à 5, se trouve une pièce de stockage des protections hygiéniques pour les résidents qui fait aussi office de salle de pause du personnel soignant.

Dans chacune de ces pièces, est installé un réfrigérateur. 



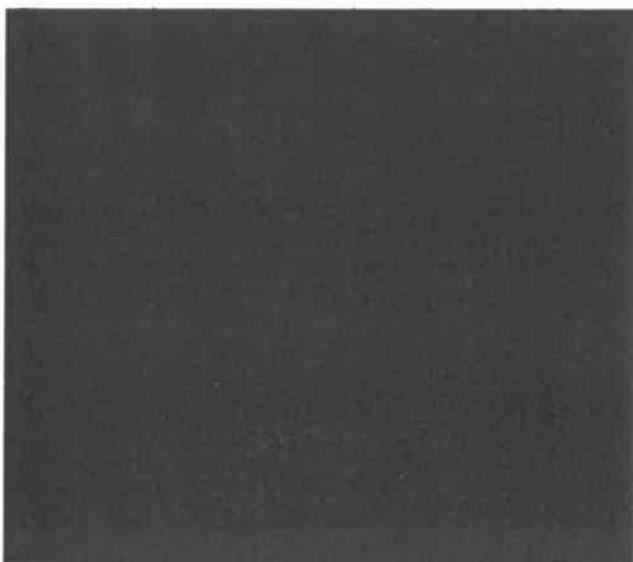
<b>7e. remarque</b>	<b>L'aspect des températures élevées, des conditions de conservation et le manque d'hygiène des réfrigérateurs ne respectent pas les recommandations de conservations des denrées alimentaires réfrigérées (Agence Nationale Sécurité Sanitaire Alimentaire Nationale ANSES)</b> <b><a href="https://www.anses.fr/fr/content/r%C3%A9frig%C3%A9rateur-et-hygi%C3%A8ne-des-aliments">https://www.anses.fr/fr/content/r%C3%A9frig%C3%A9rateur-et-hygi%C3%A8ne-des-aliments</a></b> <b><a href="https://www.anses.fr/fr/content/eviter-les-toxi-infections-alimentaires-en-confinement-les-bonnes-pratiques">https://www.anses.fr/fr/content/eviter-les-toxi-infections-alimentaires-en-confinement-les-bonnes-pratiques</a></b>
---------------------	--

### **Pièce d'entretien**

Cette pièce est présente sur chaque palier du 1<sup>er</sup> au 5<sup>ème</sup> étage ; elle permet de ranger les chariots de bio-nettoyage et s'y trouve un système de dilution des produits d'entretien accroché au mur.

Afin de prévenir la sécurité des résidents pouvant être déambulants, cette porte est sécurisée par un digicode.

Lors de son passage en milieu de matinée, la mission a constaté qu'en l'absence des chariots de bio-nettoyage, en cours d'utilisation  les portes n'étaient pas sécurisées et l'espace accessible. La mission a vérifié ces portes en fin de journée. Les chariots de bio-nettoyage étaient rangés dans la pièce mais la fermeture sécurisée par une roulette sur le digicode n'était pas effective, et ce, à plusieurs étages.



**6e. écart** En ne fermant pas systématiquement les pièces contenant des produits toxiques, les professionnels de l'EHPAD exposent les résidents à un risque d'utilisation accidentelle de ceux-ci et ne garantissent pas la sécurité des résidents au titre de l'article L311-3<sup>14</sup> du CASF.

#### 4.2.1.2 Ressources documentaires et protocoles de soins

La mission a pu consulter sur place les protocoles et procédures également transmis sur clé USB. En complément, l'inspecté a fourni à la mission des fiches techniques de procédures et de protocoles de soins détaillant les soins infirmiers effectués au sein de l'EHPAD ainsi que des fiches techniques détaillant les conduites à tenir pour les AS/AMP et IDE lors d'identification de symptômes anormaux tels que difficulté respiratoire, accident vasculaire cérébral (AVC), constipation, traumatisme crânien, plaie cutanée, ...

Un certain nombre d'entre elles ne sont pas personnalisées sur la résidence (procédures groupe Colisée) et/ou non datées et signées.

Leur classement dans le poste de soin est apparu peu lisible à la mission ; absence de sommaire et classeurs multiples. [REDACTÉ] il est prévu une mise à jour des procédures et des protocoles et une intégration dans le logiciel [REDACTÉ] mais sans calendrier défini.

Lors des entretiens menés par la mission auprès des professionnels de soins, il en ressort la méconnaissance et le manque de sensibilisation des équipes aux fiches de soins et aux fiches techniques de conduites à tenir.

**8e. remarque** La méconnaissance par les professionnels des fiches techniques de soins relevant des protocoles de soins ne permet pas l'homogénéité des bonnes pratiques de soins et de la surveillance pluridisciplinaire qui en découle.

**9e. remarque** L'absence de connaissance des protocoles prévoyant les conduites à tenir en cas de situations à risque ne permet pas l'organisation d'une chaîne de responsabilités et l'anticipation des situations d'urgence.

**10e. remarque** La révision des procédures et des protocoles prévue dans le RAMA 2020 ne fait pas l'objet d'un calendrier d'exécution défini.

#### 4.2.1.3 Supports des données de santé des résidents

Les données de santé des résidents sont retrouvées sur deux types de support : papier et informatisé [REDACTÉ]

De plus, les supports papiers sont multiples :

- un dossier médical papier (compte rendus médicaux et radiologiques, analyses biologiques, ...) ;
- des classeurs pour les ordonnances, dont un dédié aux prescriptions de contention ;
- un « cahier de transmission de nuit pour les AS/AMP et IDE ».

[REDACTÉ] le dossier médical papier « reste la référence » tout en mettant pour objectif [REDACTÉ] d'optimiser l'usage du dossier informatisé médical et paramédical, sans toutefois préciser un calendrier de mise en œuvre. Ces multiples supports complexifient la qualité et la sécurité des données transmises.

[REDACTÉ] si [REDACTÉ] chaque professionnel de soin possède un accès personnel à sa session [REDACTÉ] et au logiciel [REDACTÉ] avec des droits d'accès relatifs à la fonction du professionnel, en pratique, la mission a observé des écarts à cette règle. [REDACTÉ]

<sup>14</sup> Article L311-3 du CASF : L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement : [...]

La mission a été témoin de cette pratique de partage des codes d'accès individuels lors de sa visite. Afin de pouvoir consulter des dossiers médicaux informatisés, [REDACTED] Les membres de la mission [REDACTED] ont attendu [REDACTED] que la direction leur donne des codes spécifiques. Enfin, la mission a observé un système qui dysfonctionnait régulièrement et gênait considérablement l'examen des dossiers. [REDACTED]

Par ailleurs, les professionnels de l'équipe de nuit n'ont pas de codes personnel d'ouverture de session [REDACTED] ne peuvent pas se connecter au logiciel [REDACTED] le code de session [REDACTED] d'un professionnel de jour est à la disposition de l'équipe de nuit. Cette situation est contraire aux recommandations de confidentialité des codes d'accès et données personnelles. Dans les faits, les équipes de nuit font leur transmission uniquement sur un support papier, en l'occurrence le cahier de transmission.

**7e. écart** En multipliant les supports comportant des données médicales, les équipes de l'EHPAD portent atteinte à la la sécurité des personnes telle que prévue à l'article L.311-3<sup>15</sup> du CASF

**11e. remarque** En n'attribuant pas des codes d'accès nominatifs, le groupe Colisée ne respecte pas les dispositions de la loi n°2004-801 du 6 août 2004<sup>16</sup>, relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

#### 4.2.2 Prise en soin médicale

L'équipe médicale est composée d'un MEDEC [REDACTED] et de médecins traitants libéraux intervenants. Leur nombre a diminué suite à la crise sanitaire de la COVID-19. [REDACTED]

[REDACTED] le MEDEC est en recherche de nouveaux médecins traitants pour les résidents. [REDACTED]

##### 4.2.2.1 Rapport d'activité médical annuel

La direction a communiqué à la mission les rapports d'activité médical annuel (RAMA) de 2019 et 2020 tel que prévu à l'article D321-158<sup>17</sup> du CASF.

<sup>15</sup> Article L.311-3 du CASF : L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : [...] 4° La confidentialité des informations la concernant [...]

<sup>16</sup> Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 abrogé par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 : Art. 2. - La présente loi s'applique [...] aux traitements non automatisés de données à caractère personnel contenues ou appelées à figurer dans des fichiers, à l'exception des traitements mis en œuvre pour l'exercice d'activités exclusivement personnelles, lorsque leur responsable remplit les conditions prévues à l'article 5.  
« Constitue une donnée à caractère personnel toute information relative à une personne physique identifiée ou qui peut être identifiée, directement ou indirectement, par référence à un numéro d'identification ou à un ou plusieurs éléments qui lui sont propres. Pour déterminer si une personne est identifiable, il convient de considérer l'ensemble des moyens en vue de permettre son identification dont dispose ou auxquels peut avoir accès le responsable du traitement ou toute autre personne.  
« Constitue un traitement de données à caractère personnel toute opération ou tout ensemble d'opérations portant sur de telles données, quel que soit le procédé utilisé, et notamment la collecte, l'enregistrement, l'organisation, la conservation, l'adaptation ou la modification, l'extraction, la consultation, l'utilisation, la communication par transmission, diffusion ou toute autre forme de mise à disposition, le rapprochement ou l'interconnexion, ainsi que le verrouillage, l'effacement ou la destruction. [...].

<sup>17</sup> Article D321-158 du CASF : Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante :

#### 4.2.2.2 Etude de dossiers médicaux

La mission a pris connaissance de quatre dossiers [REDACTED]

[REDACTED]

#### 12e. remarque [REDACTED]

[REDACTED]

Dans les quatre dossiers consultés la synthèse médicale sur [REDACTED] permet d'accéder aisément aux antécédents, aux données biologiques et cliniques [REDACTED], le traitement, le plan de soin individuel, les observations médicales ainsi que les transmissions et tracabilité des autres intervenants. Il persiste des supports papiers pour les courriers et les comptes-rendus d'hospitalisation. Toutefois la tracabilité par les médecins de leurs visites et observations médicales ne sont pas toujours retrouvées, alors que les

[...] 10<sup>e</sup> **Coordonne**, avec le concours de l'équipe soignante, **un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement**. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3<sup>e</sup> qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport : [...]

[REDACTED]

transmissions infirmières y font parfois référence, notamment dans les situations aiguës ou de fin de vie. La traçabilité de la balance bénéfique/risque des décisions thérapeutiques en situation critique n'est pas toujours retrouvée. L'utilisation de l'échelle [REDACTED] douleur manque dans un dossier. [REDACTED]

**13e. remarque** La traçabilité des observations et des décisions médicales n'est pas systématiquement retrouvée dans les dossiers médicaux analysés par la mission.

**8e. écart** En ne déclarant pas à l'ARS<sup>19</sup> des situations pouvant être caractérisées comme EIGS, les professionnels de l'EHPAD contreviennent à l'obligation de déclaration des EIGS sur le portail national de signalement des événements sanitaires indésirables<sup>20</sup> (.: Article L1413-67<sup>21</sup> du CSP sur la déclaration des IAS et EIGS, Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 et Décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016.

**14e. remarque** En ne déclarant pas en interne des événements indésirables liés aux soins<sup>22</sup> dont les EI médicamenteux, les professionnels de l'EHPAD, sont insuffisamment engagés dans la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.

#### 4.2.2.3 Télémédecine, téléconsultation

La mission relève que la télésanté n'a pas été initiée dans l'EHPAD.

### 4.2.3 Prise en soin paramédicale

#### 4.2.3.1 Elaboration du plan de soins

En raison de la difficulté d'avoir accès en temps réel au plan de soins sur les tablettes, les IDE travaillent sur une impression papier du plan de soins issue du logiciel [REDACTED] suite à la prescription des soins avec leur périodicité par les médecins.

Chaque IDE imprime l'ensemble des plans de soins des résidents qu'il a en soins sous forme d'un tableau.

#### 4.2.3.2 Mise en œuvre de la dispensation des soins infirmiers

Concernant les soins infirmiers, autres que l'administration des médicaments, le jour de l'inspection, sur l'ensemble des résidents, il y avait [REDACTED] pansements prescrits : [REDACTED]

Il y a [REDACTED] résidents diabétiques nécessitant une surveillance glycémique et l'injection d'insuline.

Les IDE disposent de chariots pour la distribution des médicaments, des chariots de soins disposant du matériel pour le suivi des paramètres vitaux, des pansements, ...

L'IDE a également la mission de transmettre les demandes d'examen, prises de sang et prescriptions médicamenteuses aux partenaires extérieurs (laboratoire, centre d'imagerie, pharmacie, ...).

Les [REDACTED] professionnels soignants de nuit peuvent être amenés à distribuer des médicaments préparés par l'IDE de jour et nominatifs, la surveillance et l'accompagnement des résidents déambulants.

<sup>19</sup> <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/6-declaration-et-gestion-des-evenements-indesirables>

<sup>20</sup> Portail national de signalement des événements sanitaires indésirables : [https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig\\_ihm\\_utilisateurs/index.html#/accueil](https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil)

<sup>21</sup> Article R1413-67 du CSP : Un événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

<sup>22</sup> Gestion des événements indésirables graves associés aux soins Secteur médico-social. Outils et guide d'analyse. [REDACTED]

#### 4.2.3.3 Mise en œuvre de la dispensation des soins de la vie courante

Les soins de la vie courante de l'ensemble des étages sont planifiés pour chaque secteur. Les différentes missions sont :

- Les nursings précoces selon les PAP et l'installation au petit déjeuner + aide au repas entre 7h30 et 9h
- Les nursings et la validation des soins entre 9h et 11h45
- L'accompagnement des résidents en salle à manger à 11h45 et 17h45
- L'aide au repas en salle à manger entre 12h et 12h45 puis 18h et 18h45
- Le temps de vie sociale entre 13h15 et 15h15
- Le goûter des résidents ainsi que la récupération du chariot de goûter entre 15h30 et 16h
- L'accompagnement des résidents aux toilettes à plusieurs moments dans la journée et en chambre si nécessaires
- Le coucher des résidents et validation des soins entre 19h et 19h45
- Les transmissions avec l'équipe de nuit en début et fin de service.

#### 4.2.3.5 Levers, nursing et habillage

Selon les entretiens, les premiers levés, nursing et habillage débutent à 7 h 40 pour les résidents ayant émis le souhait de se lever tôt dans leur PAP ou ayant des rendez-vous extérieurs dans la matinée.

Les soins de nursing et d'habillage ont lieu tout au long de la matinée. Lors de la visite des locaux le 29 juillet 2021, la mission a observé dans l'unité protégée du 1<sup>er</sup> étage vers 9h30 que la grande majorité des résidents étaient levés et habillés.

Le protocole toilettes avec les différentes protections à utiliser est affiché dans l'office aide-soignant de chaque étage.



**9e. écart** L'organisation du lever des résidents ne prend pas en compte leur rythme de vie mentionné dans le PAP ; les professionnels ne respectent pas les dispositions de l'annexe 3-9-1 du CASF<sup>23</sup>.

#### 4.2.3.6 Installation et aide aux repas

Les repas des résidents de l'UP et des autres étages ne sont pas servis dans les mêmes salles.

Les petit-déjeuners sont tous servis en chambre dans les étages 2 à 5.

Au premier étage, à l'UP, les trois repas sont servis dans la salle à manger de l'unité. L'aide aux déplacements et l'aide aux repas est assurée par l'IDE, les AS et AMP de l'unité. Les repas sont livrés chauds à l'UP dans des chariots de maintien au chaud ou des thermos pour le petit-déjeuner. La mise en assiette est faite par les professionnels de l'unité dans la cuisine attenante à la salle à manger.

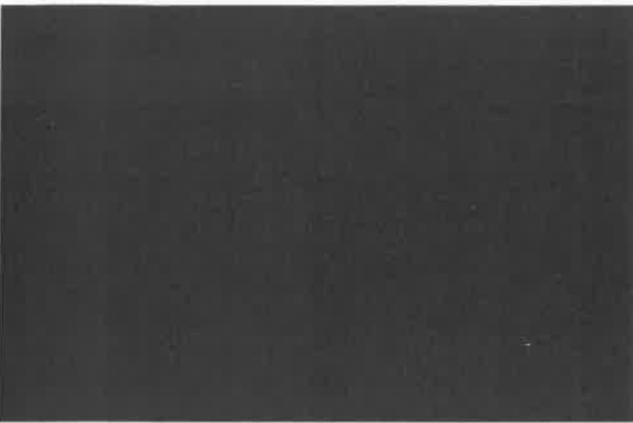


<sup>23</sup> Annexe 3-9-1 du CASF : Mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir :

« Vie sociale et maintien des relations avec les proches : les habitudes de vie et les rythmes de vie du résident doivent, dans la mesure du possible, être respectés afin de contribuer à la préservation de son autonomie. »

Photo 6 : Office de l'unité protégée du premier étage (source ARS)





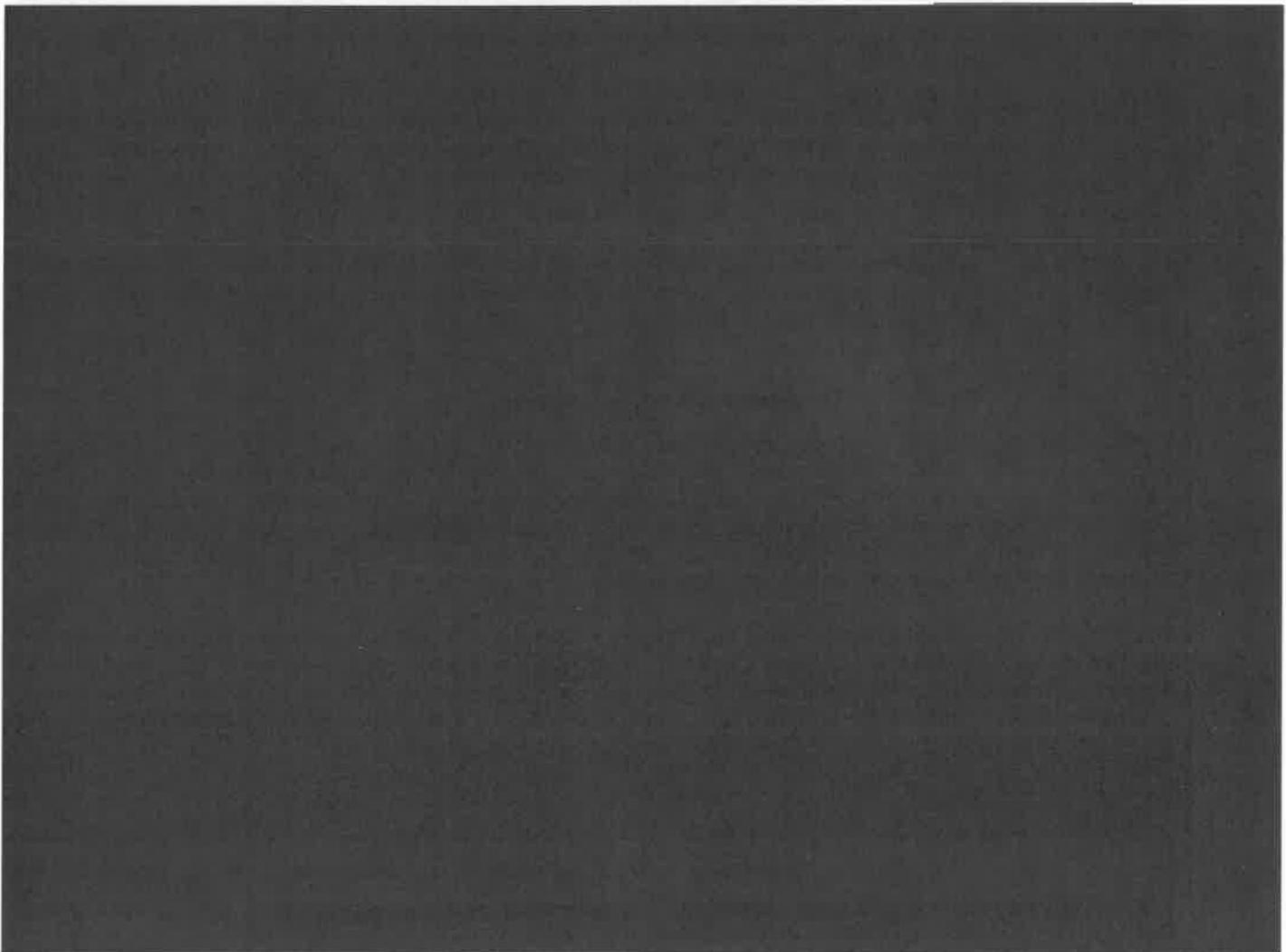
Pour les résidents hors UP, les repas du midi et du soir sont servis en salle à manger ou en chambre selon le PAP. Dans la salle de restauration du rez-de-chaussée, à l'heure du déjeuner, dans la partie où les résidents ayant besoin d'une aide aux repas sont installés dans une pièce attenante à la salle de restauration collective, [redacted] Un professionnel soignant prend en charge trois à quatre résidents installés à la même table.



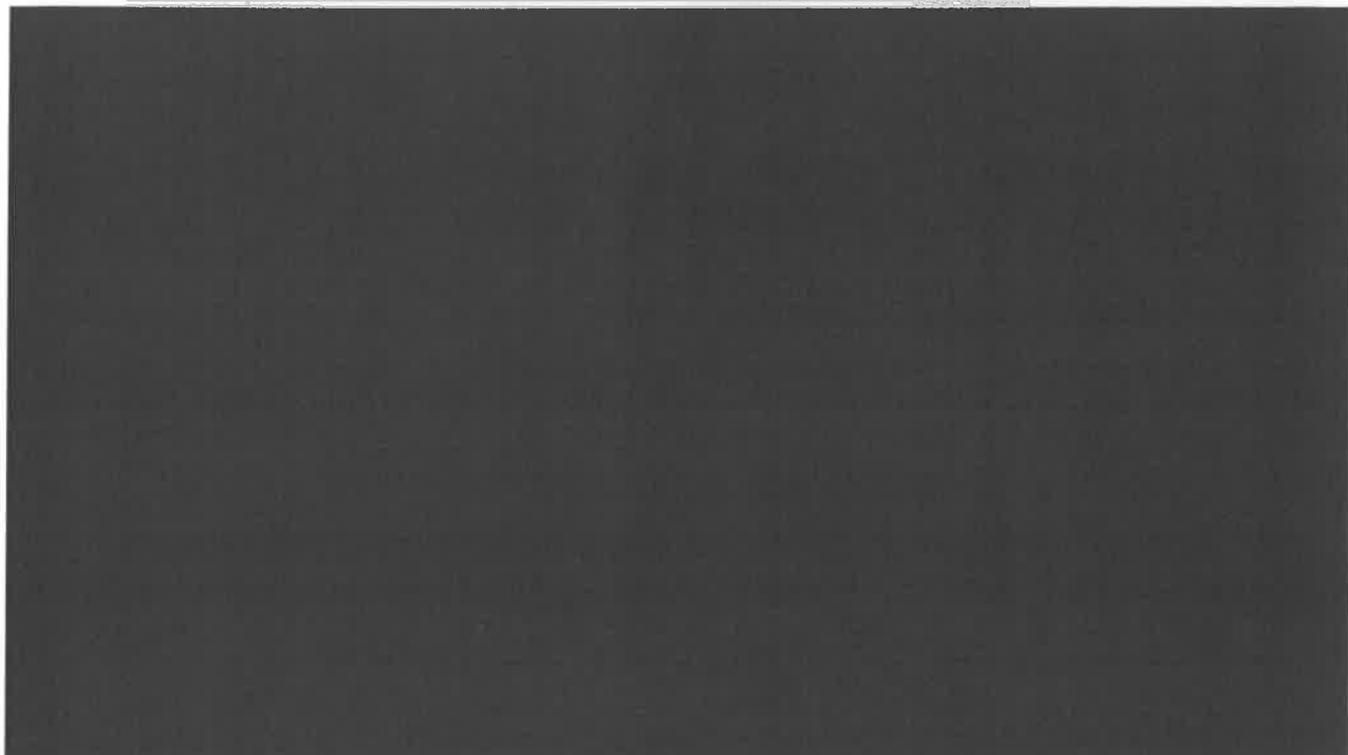
Les résidents se déplacent seul ou accompagnés selon leur degré d'autonomie par les professionnels de soins des étages.

La hauteur des tables de la salle à manger permet à certains résidents de pouvoir manger dans leur fauteuil roulant.

Photo 7 : Salle de restauration commune du rez-de-chaussée (Source ARS)



Les plans de table en salle à manger sont affichés (un pour le midi et l'autre pour le soir) avec une date de mise à jour au [REDACTED]



**15e. remarque** Le suivi de la distribution effective des plateaux petit-déjeuner et repas à chacun des résidents n'existe pas.  
Le nettoyage et l'organisation des offices de cuisine par étage n'est pas satisfaisant. Le bon fonctionnement des réfrigérateurs n'est pas confirmé par les thermomètres de contrôle de température qui indique une température élevée.  
Le personnel soignant ne revêt pas une sur-blouse lorsqu'il accompagne la prise de repas.

**16e. remarque** Les temps écoulés entre les repas ne respectent pas les recommandations du GEM-RCN, en particulier le jeûne nocturne (intervalle entre le dîner et le petit-déjeuner) estimé à plus des 12h maximum.

#### 4.2.3.7 Traçabilité des soins infirmiers

La validation des soins infirmiers est chronophage. Elle n'est pas systématiquement faite en temps réel pour que les soins, dont la distribution des médicaments, de tous les résidents soient effectués dans un délai raisonnable vis-à-vis du temps des repas et du plan de soins. Aussi, les soins exécutés sont d'abord tracés à la main sur le plan de soins imprimé papier puis ensuite saisis sur [REDACTED]. De ce fait, la traçabilité des soins n'est pas réalisée en temps réel et parfois n'est pas faite, par dysfonctionnement du logiciel, situation dont a été témoin la mission la deuxième journée d'inspection.

Les traçabilités de suivis des pansements ne sont pas efficaces. Les professionnels ont rapporté à la mission l'absence d'onglet de suivi de pansement dans l'outil [REDACTED]. Les suivis des pansements sont faits dans les transmissions. De ce fait, il faut remonter la chronologie des transmissions pour retrouver les transmissions du pansement précédent rendant le suivi du pansement peu lisible et chronophage. [REDACTED]

- 10e. écart** La traçabilité des soins n'est pas exhaustive. Ceci contrevient aux droits des résidents qui ont des droits d'information concernant leur santé mentionné dans l'article L1111-8<sup>25</sup> du Code de la Santé Publique (CSP).
- 11e. écart** Les soins ne sont pas tracés de façon systématique ou le sont de manière asynchrone, ceci pouvant représenter un risque pour la qualité et la sécurité des soins. Ceci contrevient aux articles R4311-1 et R4311-2 du CSP<sup>26</sup> mentionnant que l'infirmier a le devoir de recueillir et de transmettre les informations nécessaires au suivi du résident

#### 4.2.3.8 Transmissions

Les entretiens et l'observation du dossier de soins ont permis de constater une grande disparité dans les transmissions de chaque acteur de soins.

Les transmissions écrites sont informatisées sur le logiciel [REDACTED] qui peuvent être personnalisées dans les dossiers des résidents ou bien générales si cela concerne l'ensemble des résidents ou de la structure.

Des transmissions orales quotidiennes ont lieu dans le poste infirmier: D'une part, celles entre les équipes soignantes de jour et de nuit qui ont lieu à 7 h 30 et à 19 h 30 et, d'autre part, celles faites au MEDEC vers 9 h sur les problématiques des résidents du jour.

Un staff pluridisciplinaire a lieu quotidiennement à 15 h en présence de toute l'équipe médicale et paramédicale pour discuter de résidents en particulier (point sur l'état de santé, évolution du projet de soins, du PAP, ...). La mission a observé que très peu de transmissions dans [REDACTED] proviennent des AS /AMP. Au cours des entretiens, il s'avère que les AS/AMP font des transmissions orales aux IDE.

L'équipe de nuit inscrit ses transmissions dans un cahier prévu à cet effet, à défaut d'accès à [REDACTED], puis fait des transmissions orales à l'IDE de jour qui écrit une transmission générale sur [REDACTED] pour résumer la nuit. Il n'y a pas de traçabilité de la distribution de médicaments pendant la nuit.

La mission a consulté le cahier de transmissions de nuit. Celui-ci fait état de nuits sans aucune transmission sur les résidents. [REDACTED]

Ainsi, la mission constate une grande part d'oralité des transmissions entre les professionnels qui peut être une source de perte et déformation de l'information lors de la retranscription des transmissions orales récoltées par les IDE et formalisées sur [REDACTED]

<sup>25</sup> Article L1111-8 du CSP : I. Toute personne qui héberge des données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social, pour le compte de personnes physiques ou morales à l'origine de la production ou du recueil de ces données ou pour le compte du patient lui-même, réalise cet hébergement dans les conditions prévues au présent article. [...] V. L'accès aux données ayant fait l'objet d'un hébergement s'effectue selon les modalités fixées dans le contrat dans le respect des articles L. 1110-4 et L. 1111-7.

<sup>26</sup> Article R 4311-1 du CSP : « l'exercice de la profession d'infirmier comporte [...] la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques »

Article R4311-2 du CSP : « les soins infirmiers ont pour objet [...] de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels ».

## 4.2.4 Qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse

### 4.2.4.1 Système documentaire

La mission a pu investiguer certains points du circuit du médicament et de la prise en charge médicamenteuse (PECM).

Elle a eu accès sur sa demande aux documents suivants :

- un pré-projet d'établissement datant de [REDACTED] au sein duquel n'est pas abordé la politique qualité et la sécurité médicamenteuse ;
- rapport d'évaluation interne de [REDACTED] qui priorisait des actions sur le circuit du médicament : extrait « La révision des procédures de fonctionnement du circuit du médicament » ;
- rapport d'évaluation externe de [REDACTED] qui ne mentionne pas d'item sur le sujet du médicament ;
- rapport d'activité de l'ERDD [REDACTED] qui comporte un volet sur la PECM extrait de la convention tripartite [REDACTED] et du CPOM (cf. photo 9) ;
- un document « politique qualité et gestion des risques » non daté qui précise que le poste de coordonnateur de la gestion des risques est assuré au niveau de l'établissement par la Directrice actuelle ;
- des grilles d'évaluation du circuit du médicament émanant de l'ANAP et du groupe Colisée non renseignées ;
- un plan d'action du médicament « PLAN D'ACTION : SECURISATION CIRCUIT DU MEDICAMENT » (PA PECM) datant [REDACTED] qui comprend 17 actions à échéance [REDACTED]. La mission note que ce plan d'action intègre des items sur la qualité et la gestion des risques, le circuit du médicament et la documentation. Toutefois, ce tableau est incomplet car il n'indique pas les origines des actions ni leur pilote ni le niveau de criticité, ni les indicateurs de suivi ni la temporalité de l'évaluation (cf. tableau 4 ci-dessous) ;
- une convention avec une pharmacie d'officine signée en [REDACTED] effectuant la préparation des doses à administrer (PDA), qui n'est plus d'actualité, la pharmacie actuelle étant la [REDACTED] ;
- Une procédure de sécurisation du circuit du médicament datant de [REDACTED] qui décrit les modalités de la prise en charge de la prescription à l'administration avec les délégations possibles. Deux fiches techniques complètent cette procédure L'une sur la délégation AS datant de [REDACTED] et l'autre sur la sécurisation de l'accès à la pharmacie datant de [REDACTED]. De plus, dans les RAMA [REDACTED] (page 26 « sécurisation du circuit du médicament ») est décrite une procédure plus précise à l'échelle de l'établissement sur les étapes allant de la réception à l'administration au résident ;
- une liste des médicaments écrasables ;
- la liste préférentielle utilisée est une base de donnée [REDACTED] ;
- la liste des médicaments stock tampon ;
- la liste des produits de la sacoche d'urgence.

Tableau 4 : Plan d'action PECM [REDACTED] (source COLISEE)

PLAN D'ACTION : SECURISATION CIRCUIT DU MEDICAMENT - [REDACTED]	
ITEM	ECHÉANCE
Réactualiser/revalider les documents relatifs aux médicaments et protocoles de l'établissement régulièrement et autant que de besoin	[REDACTED]
Les documents relatifs aux médicaments et protocoles de l'établissement doivent être : -accessibles - connus de tous	
Les modalités de la commande de médicaments auprès d'une pharmacie hospitalière pour les médicaments uniquement disponibles à l'hôpital doivent être disponibles pour les équipes médicales et soignantes	
Le protocole qui décrit la conduite à tenir en cas d'impossibilité d'accéder au logiciel informatique de soins ou de prescription (panne informatique, panne réseau..) doit être consultable et connu de tous	
La liste des différentes confusions de noms de médicaments (confusions entre dénominations de spécialités pharmaceutiques ou dénomination communes) diffusée par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM) doit être disponible pour les personnes concernées	
Le médecin coordonnateur de l'établissement doit animer des séances d'information du personnel soignant sur certains médicaments	
Tous les membres de l'équipe soignante de l'établissement doivent bénéficier d'une séance de sensibilisation aux événements indésirables liés aux médicaments	
L'analyse des événements indésirables liés aux médicaments est organisée lors des réunions de coordination entre médecins (traitants et coordonnateurs), équipe soignante de l'établissement et le pharmacien référent	
Des actions correctives décidées durant ces réunions pluridisciplinaires sont mises en place et évaluées	
La fonction rénale du résident est : - évaluée à intervalles réguliers ; - notée dans son dossier ; - systématiquement visible sur les prescriptions.	
La date limite d'utilisation après ouverture des médicaments multi doses est toujours inscrite sur le conditionnement	
Le principe de rangement des médicaments permet d'éloigner physiquement les médicaments à risque de confusion	
La dotation du stock tampon est révisée au moins une fois par an, entre le médecin coordonnateur et le pharmacien	
Tracer toute utilisation du stock de la dotation pour soins urgents	
Disposer d'un document décrivant la procédure à mettre en œuvre si la température du réfrigérateur n'est pas comprise entre +2°C et +8°C	
Rédiger un protocole de nettoyage des contenants de délivrance des médicaments	
Tracer la date et l'heure de réception des médicaments dans l'établissement	

**12e. écart Il n'existe pas de convention actualisée avec la pharmacie d'officine qui gère la PDA<sup>27</sup> conformément à l'article R.5126-112<sup>28</sup> du CSP et le Guide « Sécurisation du circuit du médicament dans les structures médicalisées pour AH sans PUI », ARS-ARA, mai 2016<sup>29</sup>**

#### 4.2.4.2 Politique qualité de la prise en charge médicamenteuse

L'EPHAD ne dispose pas d'une politique de sécurisation du médicament inscrite dans un projet d'établissement actualisé et en vigueur.

La mission n'a pas été en mesure d'identifier un référent médicament. Aucun document sur la gestion des événements indésirables (EI) médicamenteux n'a été transmis, ni aucun volet « médicament » n'est présent dans le plan d'action qualité à l'échelle de l'établissement.

Un plan d'action PECM réalisé [REDACTÉ] a été transmis. Bien qu'incomplet, il témoigne des marges de progression à réaliser au sein de l'établissement, notamment en matière de gestion des EI, des bonnes pratiques et de la gestion médicamenteuse.

**17e. remarque Il n'existe pas de politique de sécurisation de la PECM inscrite dans un projet d'établissement en vigueur ni un plan d'action qualité notamment issu des évaluations internes et externes, des EI et des plaintes ou réclamations d'usagers, ou des audits internes ou externes du groupe COLISEE.**

**18e. remarque Les EI médicamenteux ne sont pas signalés et ne font pas l'objet d'une analyse à postériori.**

**19e. remarque Aucun référent médicament n'est désigné au sein de l'EHPAD.**

**20e. remarque Les procédures du circuit du médicament sont situées sur deux supports documentaires et ne sont pas harmonisées, ce qui est source de confusion pour les professionnels.**

#### 4.2.4.3 Circuit du médicament

Prescription

Depuis la crise sanitaire COVID, le nombre de médecins traitants intervenants est passé de [REDACTÉ] à [REDACTÉ]

A l'arrivée d'un résident, le MEDEC effectue la première prescription sur [REDACTÉ]

Un certain nombre de dysfonctionnements et d'écarts de pratiques a été relevé par la mission :

- certaines prescriptions sont faites sur un support papier ;
- certaines prescriptions sont orales et ne sont pas ensuite retranscrites sur le logiciel ;
- le médecin généraliste ne dispose pas de ses propres codes d'ouverture de session [REDACTÉ] et utilise les codes informatiques de [REDACTÉ] pour accéder au logiciel [REDACTÉ]
- il n'existe pas de procédure dégradée en cas de panne informatique mais elle est prévue sur le plan d'action PECM [REDACTÉ]
- les ordonnances sont transmises par fax (moyen de communication non recommandé).

<sup>27</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041963179/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041963179/)

<sup>28</sup> Article R5126-112 du CSP : Les pharmaciens d'officine et les personnes légalement habilitées à les remplacer, assister ou seconder peuvent dispenser au sein des établissements mentionnés au 3° de l'article R. 5126-1 les médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 et les dispositifs médicaux stériles dans les conditions prévues aux articles R. 5125-50 à R. 5125-52 sous réserve, pour les médicaments mentionnés à l'article R. 5132-1, qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale ou d'une prescription ou d'un renouvellement de prescription par un infirmier exerçant en pratique avancée dans les conditions prévues à l'article R. 4301-3.

<sup>29</sup> <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Guide%20complet%20mis%20en%20page.pdf>

**13e. écart** Certaines prescriptions sont faites oralement ce qui contrevient à l'article R4311-7<sup>30</sup> du CSP qui exige une prescription écrite, qualitative et quantitative, datée et signée (sauf urgence).

Circuit du médicament : de sa livraison à son administration

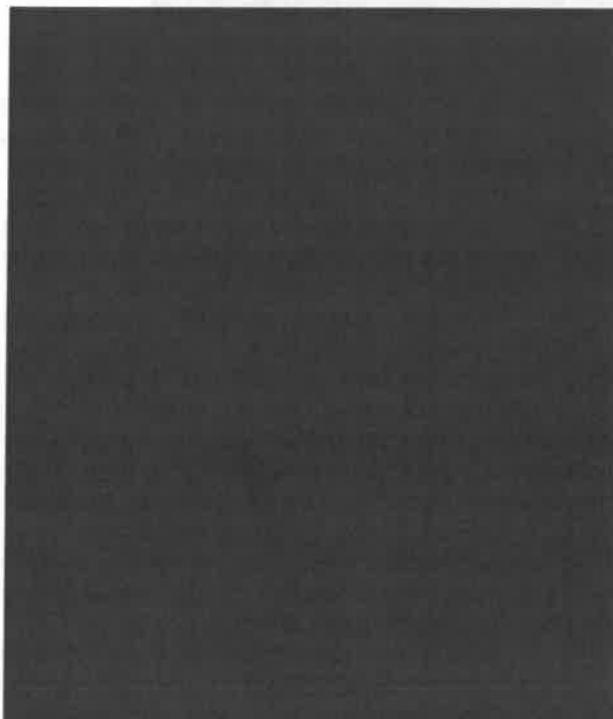
#### Livraison

L'EPHAD dispose d'une préparation des doses à administrer (PDA) qui utilise le système [REDACTED]. Ce pilulier permet de conditionner séparément les médicaments pour un mois. Pour chaque prise (matin, midi, soir), les piluliers de chaque médicament sont rangés, par résident, dans un chariot différent selon le moment de la journée avec des intercalaires par résident où ne figure pas systématiquement de photo.

Photo 10 : Rangement du chariot de médicaments (source : ARS)



Photo 11 : type de pilulier utilisé (source : ARS)



La livraison mensuelle de la PDA est habituellement faite [REDACTED] selon un calendrier de rotation par semaine et par étage. L'infirmier(e) présent(e) ou l'IDER réceptionne la livraison, mais celle-ci n'est pas tracée (action prévue au plan d'action PECM).

**21e. remarque** Il n'existe pas de traçabilité de la réception des médicaments ni de la vérification des piluliers avant rangement dans les chariots de distribution.

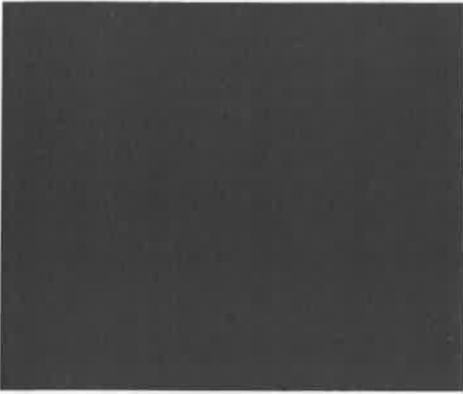
**22e. remarque** Il n'existe pas de support formalisé qui recueille les non conformités de livraison de la pharmacie et les modalités de signalement au pharmacien.

#### Stockage

Lors de la visite, le local dédié à la pharmacie situé dans le poste de soin n'était pas fermé. Les containers livrés l'après-midi même étaient posés non fermés, [REDACTED] dans le poste de soin et non pas dans le local dédié à la pharmacie (cf. photo 12).

<sup>30</sup> Article R4311-7 du CSP : L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale ou de son renouvellement par un infirmier exerçant en pratique avancée dans les conditions prévues à l'article R. 4301-3 qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin [...]

Photo 12 : Containers de livraisons ouverts posés au sol dans le poste de soins (Source : ARS)



Dans ce local dédié à la pharmacie (cf. photos 13 et 14), la mission a constaté que :

- la pièce était encombrée et surchargée par des médicaments rangés dans de multiples supports ;
- les médicaments hors PDA, dont les occasionnels, étaient rangés de multiple manière, parfois en vrac rendant impossible le respect de la boîte nominative [redacted] parfois dans des casiers avec seulement le numéro de la chambre pouvant favoriser des erreurs d'administration ;
- le réfrigérateur était surchargé en produits ne pouvant garantir la qualité de leur conservation réfrigérée, dont notamment des quantités importantes d'insuline. Il se trouve dans le local dédié au rangement des dispositifs médicaux ;
- le coffre à toxique contenait des objets et servant également de coffre-fort [redacted] ;

De plus, dans le bureau du MEDEC, la mission a constaté qu'étaient stockés des médicaments en vrac dans des tiroirs non sécurisés, dont des stupéfiants en partie périmés, alors qu'un accès du bureau était possible par des résidents déambulant de l'étage par la porte donnant sur la terrasse laissée ouverte [redacted]. Dès le lendemain de la visite d'inspection, la mission d'inspection a adressé un courriel demandant le retrait de ces médicaments, formaliser un EI interne et contacter le pharmacien référent pour réaliser une analyse RETEX.

L'équipe de direction a été réactive, voici un extrait de la réponse courriel du [redacted]  
« Nous avons mis en œuvre ce jour les actions demandées immédiatement concernant la sécurisation de l'accès aux médicaments, à savoir :

- Sécurisation des médicaments trouvés dans le bureau médical : l'ensemble des traitements ont été mis dans le [redacted] en vue de destruction.
- Sauf les stupéfiants : ces derniers sont mis à part dans une enveloppe (selon les consignes du pharmacien) et prêts à être envoyés à l'officine pour destruction.

- [redacted]
- Pharmacien appelé, comptabilisation faite, le nombre de patchs au norme.

Après réunion avec [redacted] ce jour, il apparait que votre injonction est tout à fait justifiée et que, si nous avons formalisé un circuit du médicament sécurisé, certains usages se sont délités durant la période COVID ».

Néanmoins, le calendrier de l'analyse de cet évènement indésirable lié au circuit du médicament demandé par l'ARS de manière à définir et à engager des actions correctives complémentaires n'a pas été porté à la connaissance de la mission.

Photo 13 : pièce dédiée aux rangements des médicaments (Source : ARS)

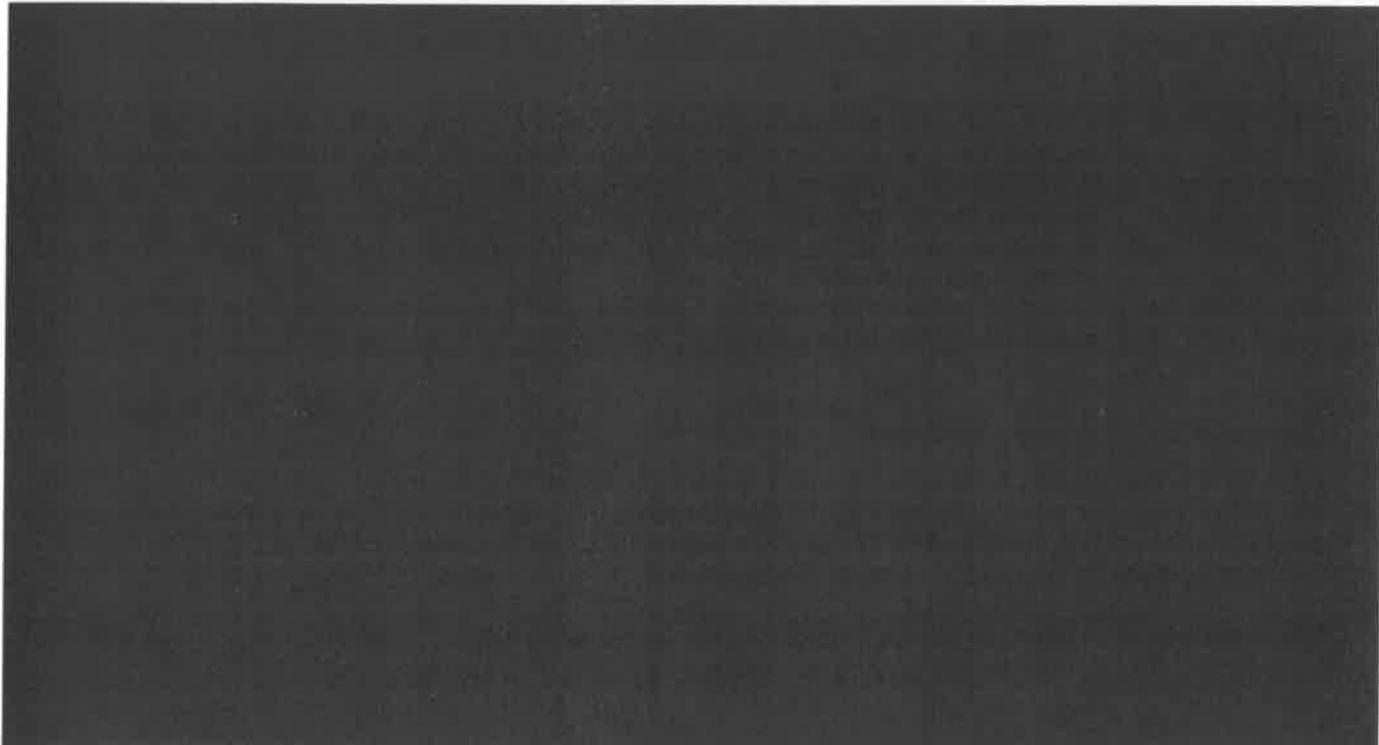
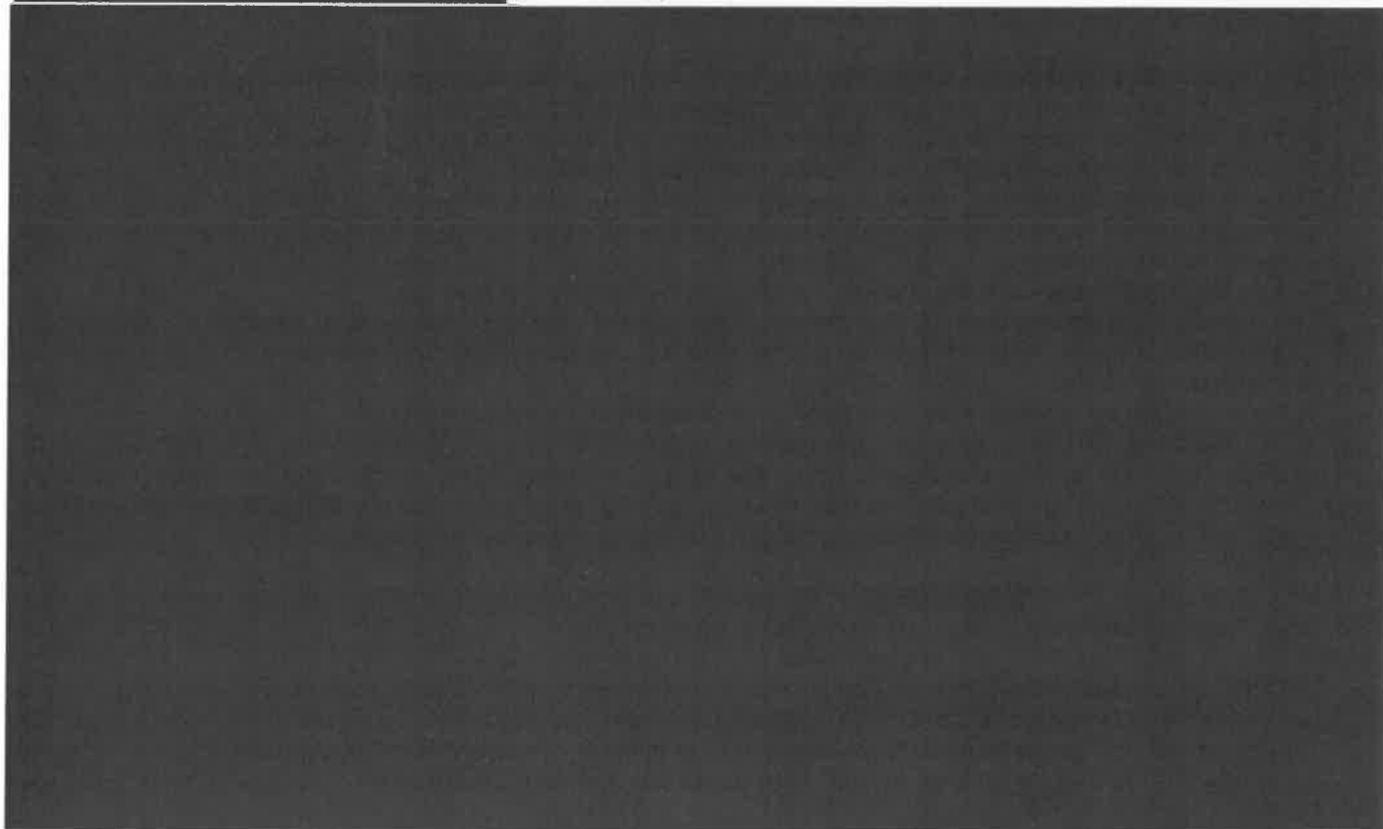


Photo 14 : Tiroirs des chariots à médicaments [redacted]  
[redacted] (Source ARS)



**14e. écart** Le lieu où sont entreposés les médicaments n'est pas systématiquement fermé à clé et donc insuffisamment sécurisé, ce qui est contraire aux dispositions de l'article R5126-109<sup>31</sup> du CSP.

**23e. remarque** Le stockage des médicaments dans le local de pharmacie est fait à partir de supports multiples et parfois en vrac ne permettant pas de garantir l'identitovigilance.

**24e. remarque** Le réfrigérateur surchargé ne garantit pas de bonnes conditions de conservation des produits thermosensibles, entre +2°C et +8°C, conformément aux recommandations de l'Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT).

**25e. remarque** La date d'ouverture des stylos à insuline dont la durée de conservation à température ambiante est limitée n'est pas indiquée.

#### Préparation des chariots de distribution

La vérification des piluliers livrés et la mise dans les chariots est faite le jour même de la livraison des containers. Elle est réalisée par les IDE parfois l'IDER. Des chariots sont préparés par période d'administration et les plaquettes ont un code couleur selon le moment d'administration de la journée (matin, midi, soir, coucher). Aucune traçabilité de cette étape de vérification n'est faite, ni pour l'inventaire des non-conformités.

**26e. remarque** Il n'existe pas de traçabilité de la vérification des piluliers livrés avant mise dans les chariots de distribution ni d'inventaire des non conformités.

#### Distribution et l'administration des traitements

Ils sont réalisés par l'IDE, sauf exception. Certains traitements sont administrés par les AS de nuit ou pendant les repas par délégation qui fait l'objet d'une procédure.

La mission relève des facteurs pouvant augmenter le risque d'erreur d'administration :

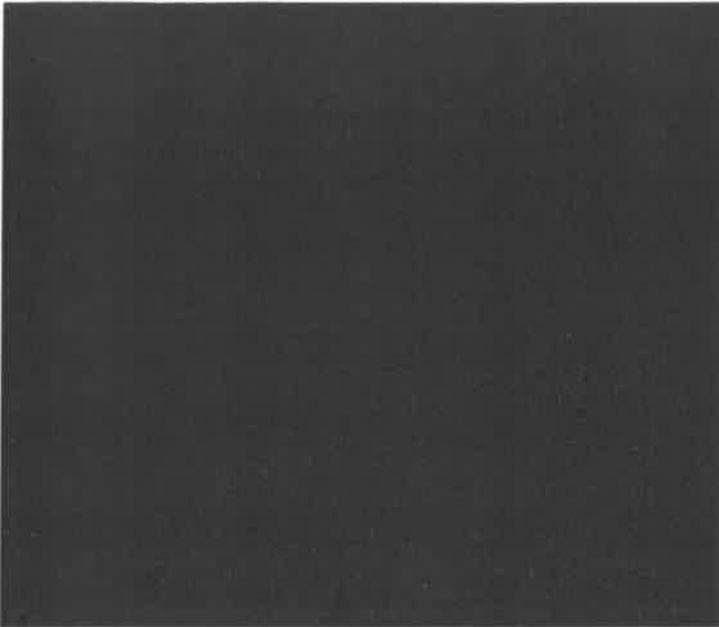
- L'identité du résident est incomplète sur les plaques livrées par le pharmacien ;
- Les blisters ne renseignent pas systématiquement les noms des médicaments par leur dénomination commune internationale (DCI) ni la date de péremption (photo 15) ;
- Le rangement par résident dans les chariots de distribution des traitements est réalisé par les IDE à partir des plaquettes de la PDA ne comportent pas tous une photographie du résident sur l'intercalaire où est inscrit le n° de chambre ;
- Les stylos à insuline dans les chariots ne sont pas identifiés par résident.
- Certains médicaments sont donnés dans l'espace commun de la salle à manger pendant le repas ce qui peut être source de risque d'ingestion par un autre résident ou d'erreur de résident par un IDE vacataire ou nouvellement arrivé.
- La procédure de délégation aux AS/ AMP n'est pas connue de tous les IDE.
- La traçabilité de l'administration n'est pas sécurisée sur le support du dossier de soin. Elle est parfois absente ou non réalisée en temps réel pour des raisons techniques (serveur informatique dysfonctionnel ou pas d'accès à un identifiant sur les tablettes pour les IDE/ AS, ou pas d'accès [REDACTED] par le personnel de nuit AS/ AMP qui transmet oralement la prise ou pas sur le cahier de transmission nuit).

De plus, dans les RAMA [REDACTED], il est spécifié que la traçabilité de la prise n'est faite qu'en cas de non prise, ce qui ne correspond pas à ce qui est fait en pratique.

Dans les différentes salles à manger, les résidents sont installés selon un plan de table. Sur les tables, il n'y a pas d'identification des résidents. Les IDE doivent reconnaître les résidents. La mission a été informée que les IDE disposent de la photographie des résidents sur un support relié aux plaquettes de médicaments, mais les nouveaux IDE ou IDE vacataires doivent faire appel aux autres professionnels pour confirmer l'identité du résident.

<sup>31</sup> Article R5126-109 du CSP : « Les médicaments et produits visés à l'article R. 5126-108, sont détenus dans un ou des locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité, dédiés à leur stockage. »

Photo 15 : Blister utilisé (Source ARS)



**15e. écart** La prise en charge médicamenteuse, dont le circuit du médicament, n'est pas suffisamment sécurisée, ce qui ne permet pas de garantir la sécurité des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.

**27e. remarque** En ne garantissant pas une identitévigilance fiable, les professionnels n'appliquent pas les recommandations de bonne pratique de l'administration des médicaments (*Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments – HAS – Mai 2013*)

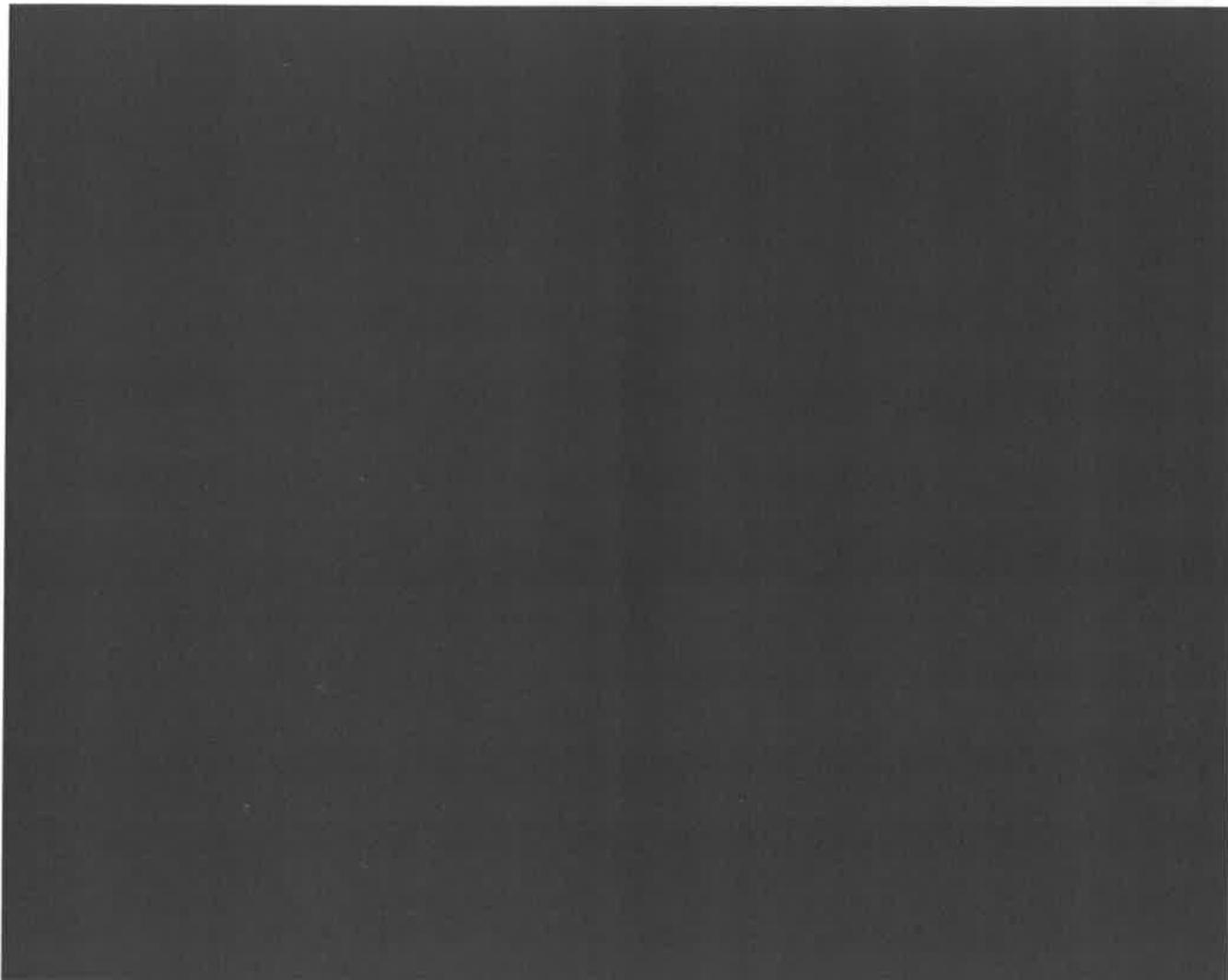
#### 4.2.5 Continuité des soins

Les amplitudes horaires de travail des IDE et AS/AMP permettent la continuité des soins auprès des résidents sur 24h.

Depuis l'arrêt de la convention [redacted] « IDE mutualisée en EHPAD », l'équipe de nuit est demandeuse d'une présence infirmière la nuit. L'équipe de direction a informé la mission du lancement du recrutement de deux IDE de nuit mais la direction s'interroge encore si le renfort AS ne serait pas plus adapté. La mission n'a pas trouvé la publication de ces offres sur le site internet du groupe Colisée.

Sur le plan médical, le MEDEC et les médecins traitants présents assurent la continuité des soins sur place en journée en semaine. Selon les entretiens, le MEDEC assume une astreinte téléphonique non inscrite sur son contrat de travail les week-ends. En dehors de ces périodes, la consigne est d'appeler SOS médecin ou les Urgences Médicales de Paris (UMP) si besoin. En pratique, l'équipe de nuit appelle en premier l'IDEC ou le MEDEC pour prévenir de la situation. Ces pratiques ne sont pas les mêmes que celles des affiches dans le poste de soin qui sont au nombre de deux (cf. photo 16) et sont obsolètes car elles mentionnent l'IDE de nuit qui n'est pas en place actuellement.

Photo 16 : deux procédures différentes en cas d'urgence (Source ARS)



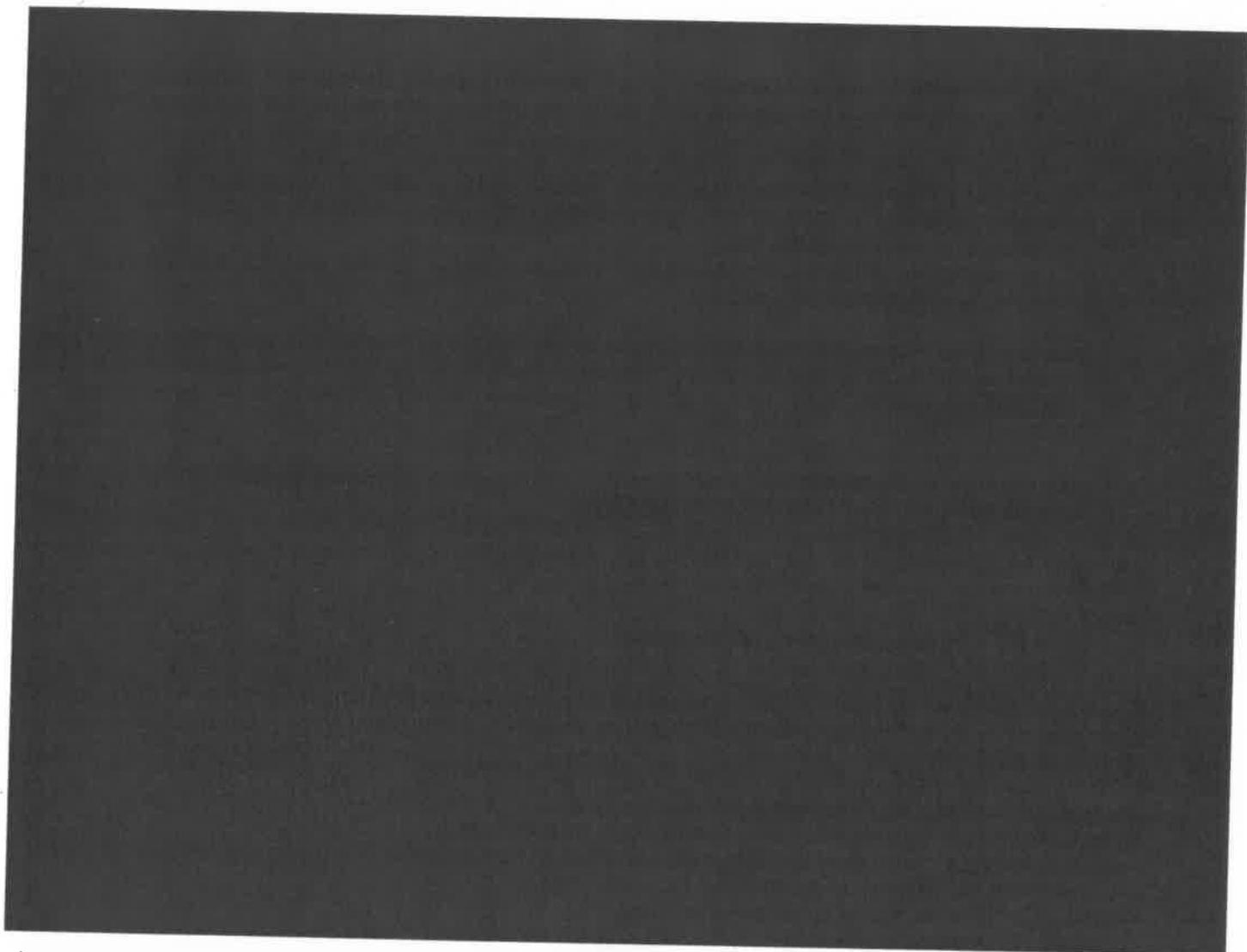
Lors des entretiens, il a été remonté que les médecins dont le MEDEC se déplaçaient sans difficulté sur l'EHPAD. En cas de situation d'urgence, une sacoche d'urgence se trouve dans le poste de soins ainsi qu'un aspirateur trachéal, un obus d'oxygène et un défibrillateur automatique externe (DAE).

La sacoche d'urgence est bien scellée. Il est affiché, dans le poste de soins, une liste des acteurs de la vérification mensuelle de la sacoche d'urgence. Elle n'est pas datée pour s'assurer de sa validité (cf. photo 20).

Photo 17 : Sacoche d'urgence (source ARS)



Photo 18 Acteur de la vérification de la sacoche d'urgence (source ARS)



Le dossier de liaison d'urgence (DLU) est éditable sur [redacted] mais ne peut être édité par l'équipe de nuit par défaut d'accès au logiciel. De plus, en cas de panne informatique les DLU ne seraient plus accessibles.

**16e. écart Le DLU sous format informatique n'est pas accessible 24h/24 ; en particulier pour l'équipe de nuit.**

#### 4.2.6 Coordination des professionnels

La coordination des professionnels se fait grâce à :

- Une réunion de service hebdomadaire d'une demi-heure durant laquelle sont abordés l'arrivée de nouveaux soignants, la présentation ou le rappel des protocoles et mini formations par le MEDEC ou l'IDEC.
- Des temps d'échanges pluridisciplinaires, coordonnés par la psychologue, lui permettent d'établir les objectifs des plans d'accompagnement personnalisé (PAP) des résidents. Elle supervise les réévaluations périodiques des PAP.  
L'organisation de ces temps d'échanges a été perturbée pendant la crise sanitaire et ils n'ont pas repris au jour de la visite d'inspection.
- La coordination avec les masseur-kinésithérapeutes (MK) et la psychologue se fait soit lors du staff quotidien, soit au fil de l'eau de manière hebdomadaire. Les MK font des transmissions mensuelles sur [REDACTED]. En parallèle, ils ont un logiciel annexe pour la facturation de leurs actes via la carte vitale du résident.
- La commission de coordination gériatrique. ne s'est pas tenue [REDACTED], mais il est prévu qu'elle se tienne avant la fin de l'année [REDACTED]

Les résidents, sur demande de leur médecin traitant, ont accès aux consultations spécialisées, soit dans des structures publiques soit dans les structures privées.

#### 4.2.7 Conventions et partenariats

D'après les documents consultés, des conventions sont signées avec un hôpital gériatrique (sans service d'urgence), un service d'hospitalisation à domicile, une équipe mobile de gériatrie, un réseau de soins palliatifs et un laboratoire d'analyse.

D'autres conventions sont inexistantes ou non actualisées :

- pour la Pharmacie : la convention actualisée n'a pas été transmise ;
- pour la Radiologie : la convention n'a pas été transmise, et il n'est pas porté à la connaissance de la mission une convention sur l'accès aux coupes fines (Scanner, IRM) ;
- absence de convention avec un service d'urgence
- pédicure : absence de convention ;
- orthophonie : absence de convention.

[REDACTED]

- kinésithérapie : selon les entretiens, il existerait un contrat d'attribution des locaux.

**17e. écart** En ne signant pas une convention avec un établissement de santé, la direction et le MEDEC ne respectent pas les dispositions de l'article D312-158 – 11°)<sup>32</sup> du CASF.

**18e. écart** En n'ayant pas établi un contrat-type avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'établissement, la direction ne respecte pas les dispositions des articles L314-12 et R313-30-1 du CASF<sup>33</sup>.

<sup>32</sup> Article D312-158 du CASF : Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante : [...]

11° Identifie les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents. A cette fin, il donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels. Il favorise la mise en œuvre des projets de télémédecine ; [...]

<sup>33</sup> Article L314-12 du CASF : Des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral destinées notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins. l'information et la formation sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

## 5 DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES

### 5.1 Démarche qualité

L'établissement est autorisé et ouvert avant la date de publication de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 « rénovant l'action sociale et médico-sociale » et relève donc du régime dérogatoire. Les résultats de l'évaluation interne doivent être communiqués aux autorités de tarification et de contrôle au plus tard avant le 3 janvier 2014, conformément au 1<sup>er</sup> alinéa de l'article D.312-204 du CASF. Par ailleurs, cet établissement doit avoir procédé à au moins une évaluation externe, au plus tard avant le 3 janvier 2015, conformément à l'article L.312-8 du CASF.

Les rapports d'évaluation interne de [REDACTED] et d'évaluation externe [REDACTED] ont été remis à la mission.

Le pré projet d'établissement (p.36) explique le cadre juridique de la démarche qualité et indique l'existence du « PAGE » (plan d'actions global établissement) qui s'articule avec le CPOM. Le PAGE n'a pas été communiqué à la mission. Enfin, le pré projet d'établissement est imprécis et ne mentionne pas les thématiques que comportent le PAGE, ni le pilote, ni à quelle périodicité ont lieu les points d'étape.

Les entretiens révèlent que les professionnels ne savent pas s'il existe un plan d'amélioration de la qualité ni qui porte cette démarche. De plus, le rapport d'activité [REDACTED] transmis avec l'ERRD prévoit un point intitulé « Etat d'avancement de la démarche qualité » (p.5) qui ne comporte aucune information. Cette situation contrevient à l'article D312-203 du CASF<sup>34</sup>.

En conclusion, si les évaluations réalisées en [REDACTED] ont été initiées au sein de l'EHPAD, elles ne se sont pas déclinées en démarche qualité alors que le siège du Groupe Colisée dispose d'un service qualité.

**19e. écart** En ne retraçant pas, dans le rapport annuel d'activité, la démarche continue d'amélioration de la qualité issue des évaluations, l'équipe de direction ne respecte pas les dispositions de l'article D312-203 du CASF.

**28e. remarque** Aucun document ne permet de garantir la mise en place ni le suivi d'une démarche d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement (absence de plan d'amélioration de la qualité, démarche qualité non retracée dans le rapport d'activité, absence de réunions dédiées à cette thématique, absence de politique qualité, etc.).

### 5.2 Gestion des risques

#### 5.2.1 Document unique d'évaluation des risques (DUER)

L'établissement a fourni à la mission un document d'évaluation des risques pour tous les professionnels de l'EHPAD (AS/AMP, ASH, lingère, IDE, Agent technique et maintenance, personnels administratifs, cuisine, animation, personnel médical) conformément aux articles R4121-1<sup>35</sup> et suivants du code du travail.

Ce document sous un format tableau [REDACTED] énumère les situations à risque, les mesures de prévention existantes et les mesures préventives à mettre en œuvre, leur date de réalisation et le nom du responsable. Ces risques sont classés selon une criticité calculée selon la gravité et la probabilité de survenue du risque. Concernant les risques psychosociaux, le document aborde le travail nocturne des AS-AMP et relève la forte responsabilité due à un effectif réduit et à l'absence de supérieur hiérarchique. Il est indiqué comme mesures préventives existantes la permanence téléphonique des cadres de santé et les coordonnées des membres de la direction mises en place en [REDACTED]. Ce risque a été noté comme bien géré en [REDACTED]. Or, il ressort clairement

*Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par l'établissement. Un contrat portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre le professionnel et l'établissement.*

<sup>34</sup> Article D312-203 du CASF : Les évaluations internes prévues au premier alinéa de l'article L. 312-8 reposent sur une démarche continue retracée chaque année dans le rapport d'activité des établissements et services concernés.

<sup>35</sup> Article R4121-1 du code du travail : L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il procède en application de l'article L. 4121-3. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement, y compris ceux liés aux ambiances thermiques.

des entretiens que le calendrier d'astreinte et les coordonnées des cadres d'astreinte ne sont pas connus des AS-AMP de nuit (cf. point 3.1.2).

Bien que ce document ait été mis à jour le [REDACTED], les dernières mesures préventives mises en place datent [REDACTED]

Par ailleurs, la mission a observé une volonté de la direction d'être bienveillante à l'égard des professionnels. Les risques psychosociaux sont très présents dans le DUERP.

Le jour de l'inspection, la directrice a organisé un petit-déjeuner au rez-de-chaussée afin de rencontrer les professionnels de façon conviviale.

La crise sanitaire de la Covid-19 a eu des répercussions sur le maintien des réunions de service qui permettent la présentation des nouveautés sur l'EHPAD et les échanges sur des problématiques rencontrées par les professionnels.

**29e. remarque** L'absence de temps de réunions collectives, le manque de contrôle des bonnes pratiques des soignants, la non diffusion des fiches de poste des professionnels apparaissent comme facteurs aggravants les risques psychosociaux.

## 5.2.2 Politique de prévention et de gestion des risques

### 5.2.2.1 Dossier d'Analyse des Risques Infectieux (DARI)

La mission a été informée que le DARI est en cours d'élaboration avec le concours d'une IDE hygiéniste venue sur site [REDACTED].

### 5.2.2.2 Plan Bleu

L'établissement dispose d'une procédure Plan Bleu. Sa dernière actualisation [REDACTED] demeure partiellement remplie. Il n'est pas mentionné de convention avec un service d'urgence hospitalier ni la gestion du risque climatique canicule alors que l'établissement est équipé de pièces climatisées. Lors des entretiens, les salles d'animation, de restauration collective ont été mentionnées comme des salles climatisées.

**20e. écart** En ne prévoyant pas de mesures sur la gestion de crise climatique en cas de canicule le plan bleu qui doit être intégré au projet d'établissement ne respecte pas les dispositions de D312-160<sup>36</sup> du CASF.

### 5.2.2.3 Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

L'inspecté a fourni à la mission une cartographie des situations à risque de maltraitance en établissement de la HAS non datée et non complétée.

Lors de l'inspection, la mission a observé de la bienveillance de la part des professionnels de soins envers les résidents en agissant avec professionnalisme, patience, écoute, réconfort. Une formation sur la découverte [REDACTED] a eu lieu [REDACTED]

La mission n'a pas vu dans les locaux l'affichage du numéro de téléphone dédié aux personnes âgées victimes de maltraitance qui est le 3977.

### 5.2.2.4 Déclaration des chutes

Dans le RAMA de [REDACTED], il est indiqué le recensement d'une soixantaine de chutes sur l'établissement, sans conséquence majeure, impliquant une vingtaine de résidents différents ce qui est dans la moyenne des taux de chutes observées en EHPAD.

Les couloirs sont équipés de barres de soutien. Les résidents déambulent avec des chaussures ou des chaussons. Certains résidents bénéficient de dispositifs d'aide au déplacement (cane, fauteuil roulant, déambulateurs, ...).

<sup>36</sup> Article D312-160 du CASF : Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 sont tenus d'intégrer dans le projet d'établissement mentionné à l'article L. 311-8 un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique. Ce plan doit être conforme à un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et des personnes âgées.

Lorsqu'une chute survient, un diagnostic est posé par l'IDE pour déterminer les conduites à tenir (relevé, appel des secours, ...). Le résident est ensuite examiné par le MEDCO.

Selon les entretiens, les familles sont averties par le MEDCO en cas de chute.

La chute est transcrite dans le dossier de soins [REDACTED] via une fiche de signalement de chute. La mission constate l'absence de RETEX sur les chutes ce qui ne contribue pas à la construction d'une politique de prévention des chutes.

#### 5.2.2.5 Evénements indésirables, réclamations, signalements

L'inspecté a fourni à la mission d'inspection des fiches techniques relatives à la gestion de risque concernant des situations exceptionnelles comme le plan Vigipirate, les sinistres météorologiques exceptionnels, la cyberattaque, la rupture d'alimentation en eau ou d'électricité, le risque nucléaire, les établissements classés en risque SEVESO.

L'inspecté a également transmis à la mission des fiches techniques incluses dans un registre de procédures de signalements, dont certains relèvent des dysfonctionnements et événements en ESMS à déclarer à l'ARS telles que :

- Les accidents ou incidents liés à une erreur ou un défaut de soin ou de surveillance,
- Aux situations de perturbation de l'organisation liées à la famille ou proches d'une personne prise en charge ou d'une personne extérieure,
- Aux décès accidentels ou consécutifs à un défaut de surveillance ou de prise en charge,
- Aux suicides et tentatives de suicides,
- Aux situations de maltraitance (selon 4 niveau de gravité) à l'égard de personnes accueillies ou prises en charge,
- À la disparition de personnes accueillies en structure,
- Aux comportements violents de la part d'usagers,
- Aux manquements graves au règlement du lieu d'hébergement compromettant la prise en charge,
- Aux actes de malveillance,
- Aux perturbations dans l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines.

L'inspecté a également apporté à la mission des fiches soins relatives à la gestion de risques infectieux pouvant présenter une contamination importante telles que les infections respiratoires aiguës (IRA), les gastro-entérites aiguës (GEA), les porteurs de Clostridium Difficile, les porteurs de bactéries multi-résistantes (BMR), la grippe hivernale, les maladies à déclaration obligatoire (une mise à jour de cette liste est à prévoir suite à l'inscription sur la liste des maladies à déclaration obligatoire de deux nouvelles arboviroses, que sont l'infection à virus Nil Occidental et l'infection à virus de l'encéphalite à tiques).

**30e. remarque** En ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations, signalements et événement indésirables formalisé et opérationnel, la direction ne met en œuvre les recommandations de bonnes pratiques formulées par l'HAS qui préconise « de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et événements indésirables » (HAS « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).

Tous ces documents émanent du groupe Colisée.

Le formulaire de fiche d'évènement indésirable est disponible dans [REDACTED], uniquement accessible pour les cadres, sur le réseau partagé informatique, pour remplissage après impression. Cette fiche n'est pas accompagnée d'une procédure explicitant les modalités de remplissage et de distinction entre EI, EIGS<sup>37</sup> et EIAS<sup>38</sup>. [REDACTED] une formation sur le

<sup>37</sup> EIGS : évènement indésirable grave associé aux soins – défini par le décret de 2016  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033479591/>

<sup>38</sup> <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-10/MDO-EIG-plaquette-MS-Que-signaler-et-comment.pdf>

signalement des EI a été dispensée aux professionnels encadrants qui seront chargés de la diffuser auprès des professionnels de l'EHPAD.

Les entretiens menés font ressortir une absence de culture du signalement d'évènement indésirable chez les professionnels soignants et encadrants et leur méconnaissance quant à l'existence de ces fiches.

La pratique est la suivante, lorsque les soignants sont témoins de situations les interpellant, ils en parlent à leur supérieur hiérarchique qui mentionne les conduites à tenir pour la mise en place des actions de gestion et informe la direction de l'EHPAD.

La mission relève que les professionnels soignants ne sont pas sensibilisés aux différents évènements indésirables pouvant être identifiés au sein de l'établissement. Cela est un frein à l'identification de situations à risque, à la mise en place rapide des actions de gestion, mais également à la déclaration aux autorités administratives compétentes de tout dysfonctionnement ou évènement défavorables à la santé, à la sécurité ou au bien-être des personnes accueillies ou hébergées telle que prévue par les dispositions des articles L331-8-1<sup>39</sup> et R331-8<sup>40</sup> du CASF, et à l'article R. 1413-68<sup>41</sup> du CSP.

Concernant les réclamations de la part des résidents et des familles,

Les réclamations sont évoquées lors des réunions du CVS. Des mesures correctives sont appliquées. Les compte rendus des réunions du CVS sont envoyés par mail aux familles et aux membres du CVS.

Les professionnels ne sont pas sensibilisés à la diffusion de ce compte rendu.

**31e. remarque** La fiche technique de « signalement des maladies obligatoires » est incomplète car depuis mai 2021, deux nouvelles maladies (arboviroses) ont été inscrites sur la liste des maladies à déclaration obligatoire tel que prévu par l'article D3113-6<sup>42</sup> du CSP (modifié le 10 mai 2021).

<sup>39</sup> Article L 331-8-1 du CASF : Les établissements et services et les lieux de vie et d'accueil informent sans délai, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, les autorités administratives compétentes pour leur délivrer l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 ou pour recevoir leur déclaration en application des articles L. 321-1 et L. 322-1 de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées.

<sup>40</sup> Article R. 331-8 du CASF : Sans préjudice des déclarations et signalements prévus par d'autres dispositions législatives et, le cas échéant, du rapport à l'autorité judiciaire, le directeur de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil ou, à défaut, le responsable de la structure transmet à l'autorité administrative compétente, sans délai et par tout moyen, les informations concernant les dysfonctionnements graves et évènements prévus par l'article L. 331-8-1. Lorsque l'information a été transmise oralement, elle est confirmée dans les 48 heures par messagerie électronique ou, à défaut, par courrier postal. Cette transmission est effectuée selon un formulaire pris par un arrêté des ministres de la justice et de l'intérieur et des ministres chargés du logement, des personnes âgées, des personnes handicapées, de la protection de l'enfance et de la santé. Cet arrêté précise la nature des dysfonctionnements et évènements dont les autorités administratives doivent être informées ainsi que le contenu de l'information et notamment la nature du dysfonctionnement ou de l'évènement, les circonstances de sa survenue, ses conséquences, ainsi que les mesures immédiates prises et les dispositions envisagées pour y mettre fin et en éviter la reproduction. L'information transmise ne contient aucune donnée nominative et garantit par son contenu l'anonymat des personnes accueillies et du personnel. Toute information complémentaire se rattachant au dysfonctionnement ou à l'évènement déclaré fait l'objet d'une transmission à l'autorité administrative dans les mêmes conditions.

<sup>41</sup> Article R. 1413-68 du CSP : Tout professionnel de santé quels que soient son lieu et son mode d'exercice ou tout représentant légal d'établissement de santé, d'établissement ou de service médico-social ou la personne qu'il a désignée à cet effet qui constate un évènement indésirable grave associé à des soins le déclare au directeur général de l'agence régionale de santé au moyen du formulaire prévu à l'article R. 1413-70.

<sup>42</sup> Article D3113-6 du CSP : La liste des maladies qui relèvent de la procédure de signalement prévue à l'article R. 3113-4 est la suivante :

1° Maladies infectieuses : [...]

i) 1. Infection à virus de l'encéphalite à tiques :

i) 1.1. Infection à virus du Nil Occidental : [...]

**32e. remarque** L'absence de réflexion interne sur la notion d'évènement indésirable est un obstacle à leur identification et à leur gestion par l'encadrement et ne respecte les recommandations de bonnes pratiques de la HAS (« Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).

### 5.2.3 Sécurité incendie

Lors de la visite des locaux, la mission a repéré les système SSI (système de Sécurité Incendie) sur le palier à chaque étage ainsi que l'affichage des plans d'évacuation et des plans de localisation des extincteurs. La mission a observé sur certains extincteurs la validité des dates de contrôle.

Au 1<sup>er</sup> étage, dans l'Unité Protégée, les extincteurs sont enfermés dans des boites fixées au mur afin d'éviter toute manipulation des résidents. Dans les autres étages, les extincteurs sont accrochés au mur dans les étages. Un extincteur est retrouvé posé par terre avec la fixation murale défailante.

La dernière formation Incendie a été effectuée [REDACTED] et suivies par 53 professionnels.

**33e. remarque** En ayant un extincteur non attaché au mur, cela constitue un risque de chute potentiellement dangereuse et portant atteinte à la sécurité des professionnels, résidents et visiteurs.

### 5.2.4 Circuit des déchets

#### 5.2.4.1 Gestion des DASRI (DCI)

L'inspecté a transmis à la missions la procédure de gestion des DASRI élaborée par le groupe Colisée.

Une formation sur la gestion des DASRI a eu lieu le [REDACTED]

Au sein de l'EHPAD, les contenants utilisés sont les boites OPCT (objet piquant, coupant, tranchant) et les sacs jaunes pour les DASRI mous. Ces deux contenants, une fois fermés, sont entreposés dans des containers fûts en plastique de 50 litres.

Photo 21 : Local déchet DASRI (Source : ARS)

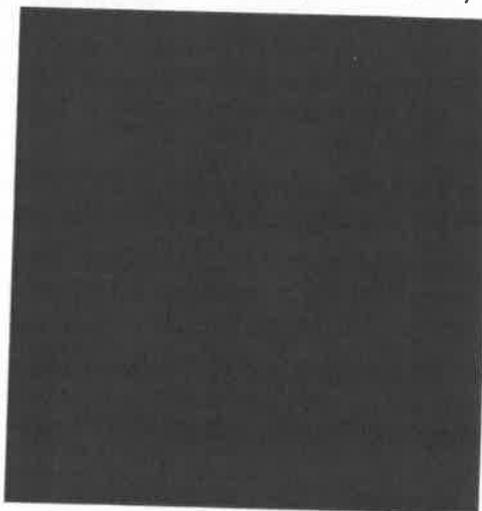


Photo 22 : Armoire sécurisée de stockage DASRI  
(Source : ARS)



Les entretiens informant que le transporteur des déchets DASRI enlevait les fûts fermés et les remplaçait par des fûts neufs, en l'absence de nettoyage de l'armoire. Afin de respecter le protocole DASRI, l'IDEC a demandé au transporteur à être appelé afin de réceptionner les fûts neufs et organiser le nettoyage de l'armoire. Le protocole de nettoyage de l'armoire est affiché sur celle-ci mais la traçabilité de ce nettoyage n'a pas été vue par la mission (cf. photo 22).

Photo 23 : Protocole de nettoyage de l'armoire DASRI  
(Source : ARS)



Les fûts sont éliminés dans une armoire de stockage DASRI sécurisée par un digicode à l'extérieur du bâtiment et dans l'enceinte de l'EHPAD (cf. photo 21).

#### 5.2.4.2 Circuit des déchets dans les locaux de l'EHPAD

L'élimination des Déchets Assimilés aux Ordures Ménagères (DAOM) et DASRI des unités est fait par les équipes soignantes à des créneaux horaires définis. (11h45 à 12h00). Cela permet d'utiliser un seul des ascenseurs de l'établissement pour le transfert des déchets. Un bio-nettoyage est fait avant de le rendre à l'utilisation de tous.

Sur les trois ascenseurs dans le hall d'entrée de l'EHPAD, celui du milieu est dédié au circuit sale et cela est signalé par une pancarte « sale » au-dessus de l'ascenseur.

La mission a constaté des contradictions lors des entretiens concernant le nettoyage de cet ascenseur ; certains dires rapportent que le nettoyage est fait une fois par jour comme les autres ascenseurs et d'autres mentionnent qu'il est réalisé par les professionnels après l'élimination des déchets.

La mission constate que les équipes n'ont pas été sensibilisées récemment sur l'organisation de l'élimination des déchets au sein de l'établissement ni le rappel des bonnes pratiques en matière d'hygiène concernant notamment l'utilisation de l'ascenseur « sale ».

**34e. remarque** La sensibilisation à l'organisation de l'élimination des déchets au sein de l'établissement et le rappel des bonnes pratiques en matière d'hygiène concernant notamment l'utilisation de l'ascenseur « sale » n'est pas régulière pour uniformiser les pratiques et préserver la santé et l'hygiène des personnes empruntant cet ascenseur.

#### 5.2.4.3 Gestion de la crise sanitaire de la COVID-19

Dès l'apparition des premiers résidents testés positifs, l'établissement a créé une unité COVID au 5<sup>ème</sup> étage avec du personnel dédié. L'établissement a été confronté à la réticence de professionnels ne voulant pas travailler auprès des résidents positifs à la COVID-19. Le MEDEC et l'IDEC ont effectué des soins de la vie courante pour pallier le manque de personnel.



L'inspecté a transmis à la mission des documents de communication du groupe Colisée sur les consignes de bonnes pratiques pour la maîtrise de la propagation du virus dans l'établissement. Des affiches sur l'utilisation et l'élimination des équipements de protection individuelle (EPI), la distanciation dans les pièces communes telles que salle de repos, espace fumeurs, vestiaires ainsi que les doctrines gouvernementales.

## RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES

Ecart relevé par la mission d'inspection	
1er. écart	En ne disposant pas d'un projet d'établissement soumis au CVS, la direction ne respecte pas les dispositions des articles L311-8 du CASF.
2e. écart	En n'organisant pas d'élections pour les représentants d'usagers, la direction ne respecte pas les dispositions de l'article D311-8 du CASF.
3e. écart	En n'adoptant pas un nouveau règlement intérieur lors de la première réunion du conseil renouvelé et n'identifiant pas le secrétaire de séance désigné dans le compte-rendu, la direction n'applique pas les articles D311-19 et D311-20 du CASF.
4e. écart	En ne respectant pas la sécurisation de l'accès aux données de santé dans le bureau médical, les professionnels contreviennent aux dispositions de l'article R.4127-45 du CSP .
5e. écart	En ne veillant pas au maintien de sécurisation des bureaux médicaux et paramédicaux, la sécurité des résidents n'est pas garantie au titre de l'article 311-3 du CSP
6e. écart	En ne fermant pas systématiquement les pièces contenant des produits toxiques, les professionnels de l'EHPAD exposent les résidents à un risque d'utilisation accidentelle de ceux-ci et ne garantissent pas la sécurité des résidents au titre de l'article L311-3 du CASF.
7e. écart	En multipliant les supports comportant des données médicales, les équipes de l'EHPAD portent atteinte à la la sécurité des personnes telle que prévue à l'article L.311-3 du CASF
8e. écart	En ne déclarant pas à l'ARS des situations pouvant être caractérisées comme EIGS, les professionnels de l'EHPAD contreviennent à l'obligation de déclaration des EIGS sur le portail national de signalement des événements sanitaires indésirables (.: Article L1413-67 du CSP sur la déclaration des IAS et EIGS ,Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 et Décret n°2016-1813 du 21 décembre du 2016.
9e. écart	L'organisation du lever des résidents ne prend pas en compte leur rythme de vie mentionné dans le PAP ; les professionnels ne respectent pas les dispositions de l'annexe 3-9-1 du CASF.
10e. écart	La traçabilité des soins n'est pas exhaustive. Ceci contrevient aux droits des résidents qui ont des droits d'information concernant leur santé mentionné dans l'article L1111-8 du Code de la Santé Publique (CSP).
11e. écart	Les soins ne sont pas tracés de façon systématique ou le sont de manière asynchrone, ceci pouvant représenter un risque pour la qualité et la sécurité des soins. Ceci contrevient aux article R4311-1 et R4311-2 du CSP mentionnant que l'infirmier a le devoir de recueillir et de transmettre les informations nécessaires au suivi du résident
12e. écart	Il n'existe pas de convention actualisée avec la pharmacie d'officine qui gère la PDA conformément à l'article R.5126-112 du CSP et le Guide " Sécurisation du circuit du médicament dans les structures médicalisées pour AH sans PUI ", ARS-ARA, mai 2016
13e. écart	Certaines prescriptions sont faites oralement ce qui contrevient à l'article R4311-7 du CSP qui exige une prescription écrite, qualitative et quantitative, datée et signée (sauf urgence).
14e. écart	Le lieu où sont entreposés les médicaments n'est pas systématiquement fermé à clé et donc insuffisamment sécurisé, ce qui est contraire aux dispositions de l'article R5126-109 du CSP.
15e. écart	La prise en charge médicamenteuse, dont le circuit du médicament, n'est pas suffisamment sécurisée, ce qui ne permet pas de garantir la sécurité des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.
16e. écart	Le DLU sous format informatique n'est pas accessible 24h/24 ; en particulier pour l'équipe de nuit.
17e. écart	En ne signant pas une convention avec un établissement de santé, la direction et le MEDEC ne respectent pas les dispositions de l'article D312-158 - 11°) du CASF.
18e. écart	En n'ayant pas établi un contrat-type avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'établissement, la direction ne respecte pas les dispositions des articles L314-12 et R313-30-1 du CASF.
19e. écart	En ne retraçant pas, dans le rapport annuel d'activité, la démarche continue d'amélioration de la qualité issue des évaluations, l'équipe de direction ne respecte pas les dispositions de l'article D312-203 du CASF.
20e. écart	En ne prévoyant pas de mesures sur la gestion de crise climatique en cas de canicule le plan bleu qui doit être intégré au projet d'établissement ne respecte pas les dispositions de D312-160 du CASF.

Remarques formulées par la mission d'inspection	
1er. remarque	Le contrat de travail du MEDEC n'est pas à jour au regard de son temps de travail effectif
2e. remarque	Les salariés méconnaissent le cadre désigné d'astreinte. Le calendrier n'est pas daté ni diffusé auprès des équipes. Les cadres d'astreinte n'ont pas bénéficié d'une formation et ne disposent pas d'outils du type " marche à suivre, contacts utiles ".
3e. remarque	Les cadres sont éloignés de leurs missions premières pour répondre à des urgences parfois logistiques (glissement de tâches). Les équipes ASH et soignants mènent leur travail sans présence régulière des cadres afin de rappeler les bonnes postures et pratiques professionnelles.
4e. remarque	En n'organisant pas de formation spécifique sur la thématique de la maltraitance, la direction ne met pas en œuvre les recommandations de bonnes pratiques professionnelles formulées par la HAS qui recommande l'organisation de sessions de formation à destination de l'ensemble des professionnels
5e. remarque	La crise sanitaire a suspendu le suivi des PAP. Il n'existe pas de référent PAP désigné ni de procédure d'élaboration ni de tableau de bord de suivi. RBPP HAS - Fiche repère : " Le projet personnalisé: une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD) " - août 2018
6e. remarque	En ne respectant pas la limite de remplissage des boîtes OPCT, les professionnels soignants n'appliquent pas les recommandations de bonnes pratique de l'HAS (Guide technique des déchets d'activité de soins à risques-2009)
7e. remarque	L'aspect des températures élevées, des conditions de conservation et le manque d'hygiène des réfrigérateurs ne respectent pas les recommandations de conservations des denrées alimentaires réfrigérées (Agence Nationale Sécurité Sanitaire Alimentaire Nationale ANSES) <a href="https://www.anses.fr/fr/content/r%C3%A9frig%C3%A9rateur-et-hygi%C3%A8ne-des-aliments">https://www.anses.fr/fr/content/r%C3%A9frig%C3%A9rateur-et-hygi%C3%A8ne-des-aliments</a> <a href="https://www.anses.fr/fr/content/eviter-les-toxi-infections-alimentaires-en-confinement-les-bonnes-pratiques">https://www.anses.fr/fr/content/eviter-les-toxi-infections-alimentaires-en-confinement-les-bonnes-pratiques</a>
8e. remarque	La méconnaissance par les professionnels des fiches techniques de soins relevant des protocoles de soins ne permet pas l'homogénéité des bonnes pratiques de soins et de la surveillance pluridisciplinaire qui en découle.
9e. remarque	L'absence de connaissance des protocoles prévoyant les conduites à tenir en cas de situations à risque ne permet pas l'organisation d'une chaîne de responsabilités et l'anticipation des situations d'urgence.
10e. remarque	La révision des procédures et des protocoles prévue dans le RAMA ne fait pas l'objet d'un calendrier d'exécution défini.
11e. remarque	En n'attribuant pas des codes d'accès nominatifs, le groupe Colisée ne respecte pas les dispositions de la loi n°2004-801 du 6 août 2004, relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.
12e. remarque	
13e. remarque	La traçabilité des observations et des décisions médicales n'est pas systématiquement retrouvée dans les dossiers médicaux analysés par la mission.

<b>Remarques formulées par la mission d'inspection</b>	
<b>14e. remarque</b>	En ne déclarant pas en interne des évènements indésirables liés aux soins dont les EI médicamenteux, les professionnels de l'EPHAD, sont insuffisamment engagés dans la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.
<b>15e. remarque</b>	Le suivi de la distribution effective des plateaux petit-déjeuner et repas à chacun des résidents n'existe pas. Le nettoyage et l'organisation des offices de cuisine par étage n'est pas satisfaisant. Le bon fonctionnement des réfrigérateurs n'est pas confirmé par les thermomètres de contrôle de température qui indique une température élevée. Le personnel soignant ne revêt pas une sur-blouse lorsqu'il accompagne la prise de repas.
<b>16e. remarque</b>	Les temps écoulés entre les repas ne respectent pas les recommandations du GEM-RCN, en particulier le jeûne nocturne (intervalle entre le dîner et le petit-déjeuner) estimé à plus des 12h maximum.
<b>17e. remarque</b>	Il n'existe pas de politique de sécurisation de la PECM inscrite dans un projet d'établissement en vigueur ni un plan d'action qualité notamment issu des évaluations internes et externes, des EI et des plaintes ou réclamations d'usagers, ou des audits internes ou externes du groupe COLISEE.
<b>18e. remarque</b>	Les EI médicamenteux ne sont pas signalés et ne font pas l'objet d'une analyse à postériori.
<b>19e. remarque</b>	Aucun référent médicament n'est désigné au sein de l'EHPAD.
<b>20e. remarque</b>	Les procédures du circuit du médicament sont situées sur deux supports documentaires et ne sont pas harmonisées, ce qui est source de confusion pour les professionnels.
<b>21e. remarque</b>	Il n'existe pas de traçabilité de la réception des médicaments ni de la vérification des piluliers avant rangement dans les chariots de distribution.
<b>22e. remarque</b>	Il n'existe pas de support formalisé qui recueille les non conformités de livraison de la pharmacie et les modalités de signalement au pharmacien.
<b>23e. remarque</b>	Le stockage des médicaments dans le local de pharmacie est fait à partir de supports multiples et parfois en vrac ne permettant pas de garantir l'identitovigilance.
<b>24e. remarque</b>	Le réfrigérateur surchargé ne garantit pas de bonnes conditions de conservation des produits thermosensibles, entre +2°C et +8°C, conformément aux recommandations de l'Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT).
<b>25e. remarque</b>	La date d'ouverture des stylos à insuline dont la durée de conservation à température ambiante est limitée n'est pas indiquée.
<b>26e. remarque</b>	Il n'existe pas de traçabilité de la vérification des piluliers livrés avant mise dans les chariots de distribution ni d'inventaire des non conformités.
<b>27e. remarque</b>	En ne garantissant pas une identitovigilance fiable, les professionnels n'appliquent pas les recommandations de bonne pratique de l'administration des médicaments (Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments - HAS - Mai 2013)
<b>28e. remarque</b>	Aucun document ne permet de garantir la mise en place ni le suivi d'une démarche d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement (absence de plan d'amélioration de la qualité, démarche qualité non retracée dans le rapport d'activité, absence de réunions dédiées à cette thématique, absence de politique qualité, etc.).
<b>29e. remarque</b>	L'absence de temps de réunions collectives, le manque de contrôle des bonnes pratiques des soignants, la non diffusion des fiches de poste des professionnels apparaissent comme facteurs aggravants les risques psychosociaux.

**Remarques formulées par la mission d'inspection**

<b>30e. remarque</b>	En ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations, signalements et évènement indésirables formalisé et opérationnel, la direction ne met en œuvre les recommandations de bonnes pratiques formulées par l'HAS qui préconise « de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et évènements indésirables » (HAS " Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).
<b>31e. remarque</b>	La fiche technique de " signalement des maladies obligatoires " est incomplète car depuis mai 2021, deux nouvelles maladies (arboviroses) ont été inscrites sur la liste des maladies à déclaration obligatoire tel que prévu par l'article D3113-6 du CSP (modifié le 10 mai 2021).
<b>32e. remarque</b>	L'absence de réflexion interne sur la notion d'évènement indésirable est un obstacle à leur identification et à leur gestion par l'encadrement et ne respecte les recommandations de bonnes pratiques de la HAS (" Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance " - Décembre 2008).
<b>33e. remarque</b>	En ayant un extincteur non attaché au mur, cela constitue un risque de chute potentiellement dangereuse et portant atteinte à la sécurité des professionnels, résidents et visiteurs.
<b>34e. remarque</b>	La sensibilisation à l'organisation de l'élimination des déchets au sein de l'établissement et le rappel des bonnes pratiques en matière d'hygiène concernant notamment l'utilisation de l'ascenseur " sale " n'est pas régulière pour uniformiser les pratiques et préserver la santé et l'hygiène des personnes empruntant cet ascenseur.

## CONCLUSION

La mission d'inspection diligentée par l'ARS IDF au sein de l'EHPAD La Maison des Parents a été réalisée suite à des réclamations concernant les conditions de fonctionnement et la prise en charge des personnes âgées au sein de l'établissement. L'équipe d'inspection a mené une quinzaine d'entretiens avec des salariés, la présidente du CVS et des familles.

L'établissement a connu sur plusieurs années une instabilité de direction avec une succession de directeurs ne permettant pas de définir une ligne managériale. La directrice en poste est arrivée récemment [REDACTED]. Cette instabilité se caractérise par l'absence d'un projet d'établissement définissant des perspectives mobilisatrices pour les professionnels. Les équipes apparaissent inscrites dans un fonctionnement routinier qui a été bouleversé par la crise sanitaire. Si le binôme MEDEC/IDEC est stable, il doit faire face à la baisse des médecins traitants et à une équipe soignante confrontée au turn over des paramédicaux. Des postes sont vacants [REDACTED] et à cela s'ajoute l'absentéisme des équipes éprouvées par la crise sanitaire. La recherche de remplaçants constitue une mission quotidienne, chronophage et difficile pour l'IDEC et l'adjointe de direction.

De plus, les fiches de postes ne sont pas personnalisées et méconnues des professionnels, source de confusion et parfois de conflits. La mission constate également une présence insuffisante de l'encadrement auprès des équipes pour rappeler les bonnes pratiques. Les temps de réunions se sont réduits, ce qui aboutit notamment à une méconnaissance des protocoles et procédures existantes.

Concernant la continuité de direction, les professionnels ignorent quels sont les cadres d'astreinte. De plus, les cadres assurant l'astreinte n'ont pas été formés et ne disposent pas d'outils permettant de mener l'astreinte. Les cadres se sollicitent mutuellement et ne bénéficient pas d'un réel temps de repos et d'éloignement professionnel.

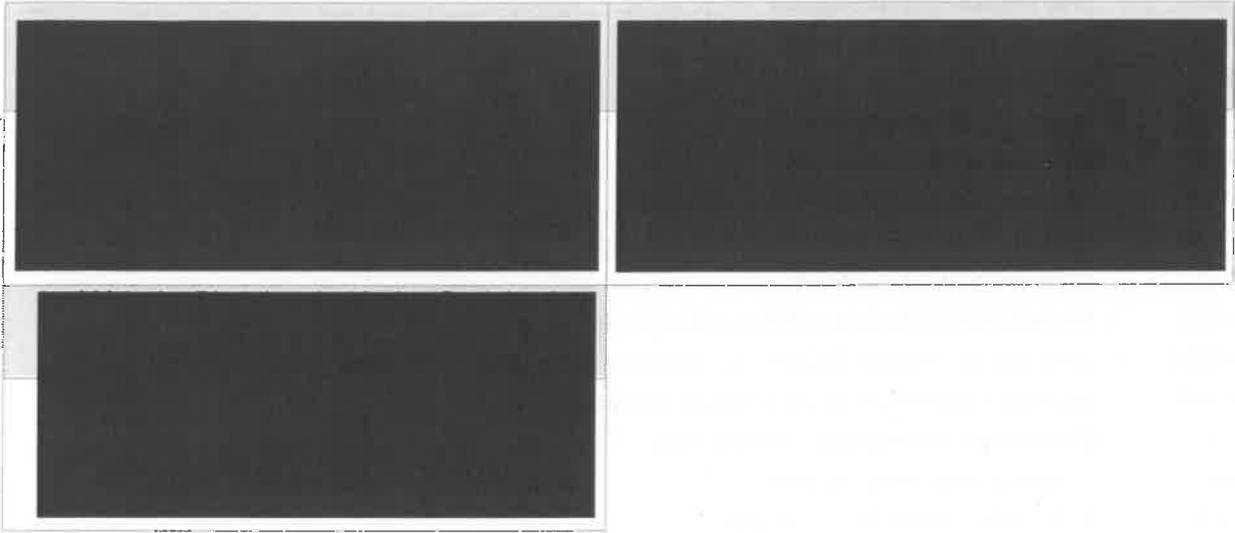
Par ailleurs, la mission relève que la sécurité des données personnelles des résidents n'est pas garantie puisque les soignants ne disposent pas systématiquement de leurs codes d'accès session [REDACTED] et [REDACTED]; pour pallier cette situation, les professionnels se prêtent les codes d'accès. Cela ne favorise pas la traçabilité des soins en temps réel avec un serveur informatique dysfonctionnel et des problèmes d'accès avec les tablettes. La traçabilité est insuffisante avec une prépondérance de la culture orale.

Concernant la prise en charge des résidents, le projet d'accompagnement personnalisé n'est plus actualisé ; la crise sanitaire a suspendu le rythme de suivi et de réévaluation. Par ailleurs, le plan de formation n'aborde pas la thématique de la bientraitance.

Concernant la démarche qualité et la gestion des risques, celle-ci n'est pas opérationnelle. Les événements indésirables, y compris associés aux soins, ne sont pas déclarés en interne ; les professionnels ignorent la marche à suivre et l'intérêt de la démarche. Enfin, la démarche qualité n'est pas effective en l'absence d'un plan qualité piloté par un référent et alimenté par le suivi des événements indésirables.

Enfin, l'équipe de direction est bien dotée pour permettre d'impulser des projets et de renforcer une présence du cadre à proximité des équipes soignantes et hôtelières. La mission souligne qu'elle a rencontré des professionnels investis auprès des résidents en capacité de proposer des projets renforçant la qualité de l'accompagnement.

Fait à Saint-Denis, le : 04/02/2022



## GLOSSAIRE

AMP	aide médico-psychologique
ARS	Agence régionale de santé
AS	aide-soignant
ASH	agent des services hôteliers
BMR	bactéries multi-résistantes
CASF	code de l'action sociale et des familles
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP	code de la santé publique
DAOM	déchets assimilés aux ordures ménagères
DASES	Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé Ville de Paris
DASRI	déchets d'activité de soins à risque infectieux
DCI	dénomination commune internationale
DLU	dossier de liaison d'urgence
DUD	document unique de délégation
EHPAD	établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
IAS	évènement indésirable associé aux soins
EIGS	évènement indésirable grave associé aux soins
ERRD	état réalisé des recettes et des dépenses
ETP	équivalent temps plein
EVA	échelle visuelle analogique
GDR	gestion des risques
GEA	gastro-entérite aigües
GIR	groupe iso-ressources grille AGGIR.
GMP	GIR Moyen Pondéré
HAS	Haute autorité de santé
IDE	infirmier diplômé d'Etat
IDEC	infirmier diplômé d'Etat coordonnateur
IDF	Ile-de-France
IRA	infections respiratoires aigües
MEDEC	médecin coordonnateur
MK	masseur-kinésithérapeute
OPCT	objet piquant, coupant, tranchant
PAP	projet d'accompagnement personnalisé
PDA	préparation des doses à administrer
PE	projet d'établissement
PECM	prise en charge médicamenteuse
PMP	PATHOS Moyen Pondéré
PUI	pharmacies à usage intérieur
RAMA	rapport annuel d'activité médicale
SAS	Société par actions simplifiée

## ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de mission des agents de l'Agence Régionale de Santé et de la Ville de Paris



Cabinet du Directeur général  
Inspection régionale autonomie santé

Madame Nathalie VALERO, inspectrice désignée  
par le Directeur général de l'Agence régionale de  
santé, IRAS

Monsieur Didier MARTY, inspecteur de l'action  
sanitaire et sociale, IRAS

Madame le Docteur Sylvie JOANNIDIS, médecin  
désignée en qualité de personne qualifiée, IRAS  
Madame Myriam LACOUR-FARGEOT, infirmière  
désignée en qualité de personne qualifiée, IRAS  
Madame le Docteur Christine BERBEZIER,  
médecin, Direction de l'Action Sociale, de  
l'Enfance et de la Santé, Ville de Paris.

Affaire suivie par : Nathalie Valéro

Courriel : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

Saint-Denis, le

26 JUL. 2021

Mesdames, Monsieur,

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « La maison des parents » à Paris 13<sup>ème</sup>, est un établissement médico-social privé à but lucratif géré par le groupe COLISEE Patrimoine.

A la suite de la réception de courriers de réclamations concernant les conditions de fonctionnement et la prise en charge des personnes âgées de cet EHPAD, nous avons décidé de diligenter une inspection conjointe. Celle-ci aura pour objet de vérifier les conditions de fonctionnement de cet EHPAD et les modalités de la prise en charge des résidents permettant de garantir la santé, la sécurité et l'intégrité des personnes accueillies.

La mission sera composée de :

Madame Nathalie VALERO, désignée en qualité d'inspectrice par le Directeur général de l'ARS Ile-de-France au titre de l'article L 1435-7 du Code de la santé publique (CSP) et coordinatrice ;

Madame le Docteur Sylvie JOANNIDIS, médecin désignée en qualité de personne qualifiée pour l'inspection-contrôle, en application du 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article L. 1421-1 du CSP, inspection régionale autonomie santé ;

Madame Myriam LACOUR-FARGEOT, infirmière diplômée d'Etat, désignée en qualité de personne qualifiée pour l'inspection-contrôle, en application du 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article L. 1421-1 du CSP, inspection régionale autonomie santé ;

Monsieur Didier MARTY, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, inspection régionale autonomie santé ;

Madame le Docteur Christine BERBEZIER, médecin, Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé, Ville de Paris.

L'inspection débutera à compter du 29 juillet 2021, se poursuivra le 30 juillet, et 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. Elle pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que le Directeur général de l'ARS désignerait.

Un rapport nous sera remis dans un délai de trois mois à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier conjoint 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.

Nous notifierons les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

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

Le Directeur général  
de l'Agence régionale de santé  
Île-de-France



Aurélien ROUSSEAU

Le Directeur Adjoint  
Direction de l'Action Sociale,  
de l'Enfance et de la Santé de Paris



Jacques BERGER

Annexe 2 : Courrier d'annonce d'inspection de l'Agence Régionale de Santé et de la Ville de Paris remis en main propre



Cabinet du Directeur général  
Inspection régionale autonomie santé

Présidente  
Colisée Groupe  
7 Allée Haussmann  
33300 BORDEAUX

Affaire suivie par : Nathalie Valéro

Courriel :

Saint-Denis, le 26 JUIL. 2021

Téléphone :

Madame la Présidente,

L'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France a été destinataire de courriers de réclamations concernant les conditions de fonctionnement et la prise en charge des personnes âgées au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « La maison des parents » situé 67 A rue du Château des Rentiers à Paris (75013).

Compte tenu des éléments reçus, nous diligenterons une inspection conjointe sur le mode inopiné. Celle-ci sera réalisée sur le fondement des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles. Elle aura pour objet de vérifier les conditions de fonctionnement de votre établissement et les modalités de la prise en charge des résidents permettant de garantir la santé, la sécurité et l'intégrité des personnes accueillies.

A ce titre, nous missionnons une équipe composée de :

Madame Nathalie VALERO, désignée en qualité d'inspectrice par le Directeur général de l'ARS Île-de-France au titre de l'article L.1435-7 du Code de la santé publique (CSP) et coordinatrice ;

Madame le Docteur Sylvie JOANNIDIS, médecin désignée en qualité de personne qualifiée pour l'inspection-contrôle, en application du 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.1421-1 du CSP, inspection régionale autonomie santé ;

Madame Myriam LACOUR-FARGEOT, infirmière diplômée d'Etat, désignée en qualité de personne qualifiée pour l'inspection-contrôle, en application du 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.1421-1 du CSP, inspection régionale autonomie santé ;

Monsieur Didier MARTY, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, inspection régionale autonomie santé ;

Madame le Docteur Christine BERBÉZIER, médecin, Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé, Ville de Paris.

La mission d'inspection débutera à partir du 29 juillet 2021 à 9h00 et se poursuivra le 30 juillet. Selon les besoins de la mission, les inspecteurs pourront, le cas échéant, y revenir selon une date communiquée préalablement à la direction de l'établissement.

13 rue du Landy  
93200 Saint-Denis

Conformément à l'article L.1421-3 du code de santé publique, les agents pourront recueillir tout renseignement ou tout document nécessaire à ce contrôle. Les agents ayant la qualité de médecin auront 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. En outre, la mission d'inspection mènera des entretiens avec les personnes qu'elle estimera nécessaire de rencontrer.

Concernant les suites de l'inspection, vous serez destinataire d'un courrier conjoint de propositions de décisions, auquel le rapport d'inspection sera joint. Ce courrier fera l'objet d'une procédure contradictoire en application des articles L.121-1 et L.122-1 du code des relations entre le public et l'administration. Nos décisions définitives vous seront notifiées à l'issue de la procédure contradictoire.

Nos services se tiennent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de notre considération distinguée.

Le Directeur général  
de l'Agence régionale de santé  
Île-de-France



Aurélien ROUSSEAU

Le Directeur Adjoint  
Direction de l'Action Sociale,  
de l'Enfance et de la Santé de Paris



Jacques BERGER

Copie :

  
Directrice  
EHPAD « La maison des parents »  
67 A rue du Château des Rentiers  
75013 PARIS

Annexe 3 : Liste des documents demandés et consultés par la mission d'inspection

**Inspection EHPAD « La Maison des Parents »  
Groupe COLISEE PATRIMOINE  
Paris 13<sup>ème</sup>**

29-30 juillet 2021

**Liste (non exhaustive) des documents à remettre à la mission**

**Documents à remettre immédiatement :**

N°	Nature du document demandé	Remis oui/non
1	Listes nominatives des personnels à la date de l'inspection (avec date du recrutement, nature du contrat de travail, fonction exercée et numéro ADELI)	Oui mais sans la fonction
2	Planning du mois précédent et en cours du personnel médical, para médical et administratif avec la ventilation par unité ou étage	Oui
3	Liste nominative des résidents admis, date d'entrée et type d'accueil/d'hébergement, étage et n° de chambre et régime de protection juridique	Non
4	Liste des résidents hospitalisés le [REDACTED]	Oui
5	Liste des résidents décédés de [REDACTED] à ce jour	Oui
6	Fournir des codes d'accès [REDACTED] + codes d'accès locaux nécessaires	Oui [REDACTED]
7	Liste des résidents déjeunant et dinant en chambre	Oui
8	Echantillons des plats du jour dans les trois textures [REDACTED]	Oui

**Donner accès aux documents suivants :**

N°	Nature du document demandé	Remis oui/non
9	Registre des entrées et sorties des usagers (art. L331-2 et R331-5 du CASF)	Vu
10	Registre ou dispositif de recueil des événements indésirables et d'analyse des incidents	Vu
11	Registre des réclamations usagers	Non vu
12	Cahiers/supports de transmissions	Vus
13	Dossiers usagers présents (administratif et médical/soins) et sortis	Vus
14	Dossiers des salariés	Vus
15	Document Unique de Sécurité	Non vu
16	Classeur(s) des procédures internes dont prise en charge médicamenteuse, protocoles de soins, DASRI	Vus
17	Conventions signées (partenaires et professionnels libéraux article R313-30-1 CASF)	Non vues

**Documents à remettre sur clé USB ou par lien de téléchargement transmis par courriel**

N°	Nature du document demandé	Remis oui/non
18	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD Contrat de travail, fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	Oui
19	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Oui
20	Diplômes, contrat de travail, fiche de poste et/ou lettre de mission, subdélégation éventuelle du MEDEC et IDEC	Non
21	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note de procédure- calendrier)	Oui
22	Organigrammes de l'établissement et du siège de l'organisme gestionnaire	Oui mais pas du siège
23	Projet d'établissement (article L311-8 CASF)	Non, le lancement du nouveau PE
24	Rapport d'activité des deux derniers ERRD	Oui
25	Rapport d'évaluation externe (article L312-8 CASF)	Oui
26	Rapport d'évaluation interne (articles L312-8 / D312-203 CASF)	Oui
27	Plan d'amélioration de la qualité	Non
28	Procédures internes relatives à la gestion des risques (dont procédure de déclaration et de gestion des événements indésirables et événements indésirables associés aux soins)	Oui
29	La politique qualité gestion des risques, son organisation y compris la politique de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance	Non
30	Liste des déclarations d'EIG et EIGAS [redacted] adressées à l'ARS	Oui
31	Coordonnées du coordonnateur de la gestion des risques et sa fiche de poste	Non
32	Rapports d'activité médical annuel (RAMA) [redacted]	Oui
33	Comptes rendus de la Commission de coordination gériatrique [redacted] (article D312-158 CASF)	Oui
34	Composition du conseil de vie sociale, procès-verbal du scrutin d'élections, règlement intérieur, ordre du jour et compte-rendu de réunions [redacted] (articles L311-6, D311-3 et suivants CASF)	Oui
35	Comptes rendu CSSCT [redacted]	Oui
36	Protocoles concernant le traitement du linge sale des résidents, ainsi que celui qui traite du linge qui est nettoyé au sein de l'établissement	Non
37	Liste de la totalité des procédures et protocoles	Oui
38	Protocole chute, fin de vie, transfert en hospitalisation, douleur, déshydratation, contention, dénutrition	Oui
39	Liste préférentielle de médicaments à utiliser	Oui
40	Liste des médicaments écrasables	Oui
41	Menus [redacted]	Oui
42	Compte-rendu de [redacted] de la commission menus	Oui
43	Fiche de synthèse nutritionnelle des [redacted] semaines précédentes	Oui
44	Fiches de postes des salariés	Oui
45	Procédure d'accueil des nouveaux salariés (livret d'accueil du niveau salarié)	Oui
46	Attestations de formation aux gestes d'urgence AFGSU 1 et 2 et calendrier de recyclage	Oui
47	Livret d'accueil des usagers, contrat de séjour, règlement de fonctionnement	Oui
48	Procédure d'admission des usagers	Oui
49	Listes et calendriers des ateliers socio-éducatifs Fiches d'activités	Oui
50	Procédure d'élaboration et suivi du projet personnalisé	Non
51	Modèle de dossier médical et paramédical	Non

52	DUER	Oui
53	DARI (Document d'analyse du risque infectieux) des ■ dernières années et plan d'action	Oui
54	Cartographies des risques	Non renseignée
55	Plan bleu	Oui
56	Plan de continuité d'activité (PCA)	Non
57	Autodiagnostic du circuit du médicament dans l'EHPAD (grille)	Non renseigné
58	Tous les documents en lien avec la PECM : notamment le plan d'action mis en œuvre pour sécuriser le circuit du médicament avec les actions prioritaires à mener (échancier, objectifs, indicateurs)	Non Oui
59	Plans de formation ■ Liste des formations effectivement réalisées en ■ avec leurs attestations. Devis des futures formations envisagées et prévisionnels	Oui
60	Plan COVID 19	Oui
61	Extraction ■ du registre unique du personnel si informatisé	En format PDF pas ■ – incomplet et non exploitable
62	Calendrier d'élaboration ou d'actualisation des projets personnalisés	Oui
63	Convention établie entre l'EHPAD et la ou les officines de ville livrant les médicaments, le cas échéant	Non
64	Liste des partenariats	Oui
65	Journal des appels malades ■ Procédure appel malade	Non
66	Journal des salariés ayant badgé ■	Pas de système de badgeage

Annexe 4 : Liste des personnes auditionnées

Etablissement	Familles
<ul style="list-style-type: none"><li>- La directrice</li><li>- Le MEDEC</li><li>- L'IDEC</li><li>- Trois cadres</li><li>- Huit salariés</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- La Présidente du Conseil de la vie sociale</li><li>- Deux familles</li></ul>



13 rue du Landy  
93200 SAINT-DENIS



