

Cabinet de la Directrice générale, IRAS

Ville de Paris, Direction des solidarités, sous-direction de l'Autonomie

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées  
dépendantes « AMARAGGI » (EHPAD)  
11 boulevard Séurier, 75019 PARIS  
N° FINESS 750041790**

**RAPPORT D'INSPECTION**

**N° 2022\_IDF\_0149**

**Déplacement sur site le 03/11/2022**

**Mission conduite par**

- Madame Florence LALLEMAND JASON, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection ;
- Madame le Docteur Delphine LIOT-TIERCELIN, médecin désignée en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique ;
- Madame Nathalie VALERO, inspectrice de l'action sanitaire et sociale ;
- Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens désignée sur le fondement de l'article L133-2 du code de l'action sociale et des familles par la Ville de Paris ;
- Madame Cassandra ROCHELLE, chargée du contrôle des ESMS parisiens désignée sur le fondement de l'article L133-2 du code de l'action sociale et des familles par la Ville de Paris ;

**Accompagnée par Madame Hafida MEZROUI, inspectrice de l'action sanitaire et sociale en stage dans le cadre de sa formation statutaire d'adaptation à l'emploi**

<b><u>Textes de référence</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Article L. 313-13-V du Code de l'action sociale et des familles</li><li>- Article L. 133-2 du Code de l'action sociale et des familles</li><li>- Article L. 1421-1 à L. 14-21- du Code de la santé publique</li><li>- Article L. 1435-7 du Code de la santé publique</li></ul>
-----------------------------------	--

## AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux personnes qui en font la demande, conformément aux articles L. 311-1 et 2 du Code des relations entre le public et l'administration (CRPA). Ces dispositions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous. Si, en application de ces dispositions, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent, ce droit à communication contient cependant des restrictions et notamment :

### **1/ Les restrictions tenant à la nature du document**

Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés conformément à l'article L. 311-2 du code des relations entre le public et l'administration :

- ➔ Seul le rapport définitif, établi après procédure contradictoire, est communicable aux tiers ;
- ➔ 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 soumises à protection particulière.

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

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

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

L'article L. 311-6 du CRPA dispose que « *ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs* :

- *dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...)* ;
- *portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable* ;
- *faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice* ;
- *Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique*.

L'article L. 311-7 du 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 L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de disjoindre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions ».

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

## SOMMAIRE

<b>1</b>	<b>SYNTHESE .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>CONSTATS.....</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>8</b>
3.1	Contexte de la mission d'inspection.....	8
3.2	Modalités de mise en œuvre.....	8
3.3	Présentation de l'établissement.....	9
3.3.1	Présentation des locaux .....	9
3.3.2	Rappel de l'autorisation de l'EHPAD .....	10
3.3.3	La fondation gestionnaire.....	11
3.3.4	Quelques caractéristiques budgétaires et données d'activité .....	12
3.3.5	Activité constatée le jour de la visite .....	16
<b>4</b>	<b>GESTION DES RESSOURCES HUMAINES : CONFORMITÉ DES EFFECTIFS PRÉSENTS PAR RAPPORT AU PROJET D'ÉTABLISSEMENT ET AU BUDGET ALLOUÉ, ABSENTÉISME, RECOURS À L'INTÉRIM, FORMATIONS .....</b>	<b>18</b>
4.1	L'encadrement des équipes.....	19
4.2	La situation des effectifs.....	25
4.3	L'organisation du travail .....	28
<b>5</b>	<b>LA COMMUNICATION INTERNE AVEC LES RESIDENTS ET LES FAMILLES ET LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE ET DE TRAITEMENT DE LEURS DEMANDES ET LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE .....</b>	<b>32</b>
5.1	Le nombre et le profil des résidents accueillis .....	32
5.2	Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents .....	32
5.3	La communication avec les familles et le CVS .....	35
5.4	La gestion des réclamations et des évènements indésirables et la politique de la bientraitance ..	37
<b>6</b>	<b>DISPENSATION DES PRODUITS, DISPOSITIFS ET PRESTATIONS FIGURANT DANS LA LISTE RELEVANT D'UN FINANCEMENT AU TITRE DES FORFAITS SOINS ET DEPENDANCE.....</b>	<b>41</b>
6.1	Les prestations hôtelières .....	41
6.2	Les achats de consommables .....	52
6.3	L'équipement médicalisé et les installations à visée thérapeutique .....	52
<b>7</b>	<b>ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA DISPENSATION DES SOINS - PRISES EN CHARGE MÉDICALE ET SOIGNANTE.....</b>	<b>53</b>
7.1	Les locaux et installations dédiés aux soins .....	53
7.2	Les missions du médecin coordonnateur .....	55
7.3	Les soins individuels .....	62
7.4	Prise en charge médicamenteuse .....	76
7.5	Qualité et gestion des risques.....	84
<b>8</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>88</b>
<b>9</b>	<b>RECAPITULATIF DES ECARTS ET REMARQUES.....</b>	<b>92</b>

<b>10</b>	<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>95</b>
<b>11</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>97</b>
11.1	Annexe I : Lettre de mission.....	97
11.2	Annexe II : Liste des documents demandés et des documents transmis.....	99
11.3	Annexe III : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection .....	103

# 1 SYNTHÈSE

## Eléments déclencheurs de la mission

La parution du livre « *Les Fossoyeurs, Révélations sur le système qui maltraite nos aînés* » a conduit la Ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, à engager la mise en œuvre rapide d'un programme d'inspection des EHPAD sur l'ensemble du territoire national.

La présente inspection s'inscrit dans ce programme. Elle est conjointement diligentée par la Directrice générale de l'ARS et la Ville de Paris au vu des risques que cet EHPAD présente, qui ont été appréciés par les services respectifs de ces deux autorités.

Le programme d'inspection, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de faire sur place, dans chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents. Dans la région Ile-de-France le programme débuté le 9 février 2022 prend en compte prioritairement les axes suivants :

- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations ;
- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance ;
- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante ;
- La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance ;

Au titre de la Ville de Paris :

- Les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan de la dépendance
- Le cadre de vie et la vie sociale des résidents

## Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Cette inspection s'est déroulée sur une journée au sein de l'EHPAD. La visite d'inspection a été effectuée de manière inopinée et il a été demandé à la direction de l'établissement de mettre à disposition de la mission sans délai les documents suivants :

- La liste nominative des résidents par chambre présents le jour de la visite ;
- La liste des salariés présents le jour de la visite ;
- Le planning nominatif des salariés du jour de la visite et ceux de la nuit écoulée ;

- L'organigramme nominatif de l'EHPAD ;
- Le plan des locaux.

De plus, il lui a été demandé d'autres documents recueillis ou consultés sur place par la mission.

La mission d'inspection a mené des entretiens avec la direction générale et les personnes impliquées dans l'intérim de la direction, des professionnels de l'établissement et des résidents ou leurs représentants. De nombreux entretiens ont été menés à distance les jours suivant la visite sur site.

Les membres de la mission n'ont pas rencontré de difficultés particulières au cours de la visite d'inspection avec le personnel et les représentants de la direction générale qui ont su se rendre disponibles. Toutefois, l'ensemble des documents demandés n'ont pu être remis le jour même de la visite le 3 novembre, mais la majorité des pièces demandées a fait l'objet d'une transmission par messagerie sécurisée le 15 novembre.

### **Principaux écarts et remarques constatés par la mission**

Le contrôle a identifié des écarts à la réglementation et aux bonnes pratiques professionnelles dont les principales sont :

- Un défaut de fonctionnement des appels-malades et des défauts de maintenance du bâtiment de nature à porter atteinte à la sécurité des usagers ;
- Un non-respect de la capacité autorisée en hébergement temporaire (HT) ce qui se traduit par une absence de projet spécifique pour cet accueil, et une absence de réponses aux besoins de répit des aidants familiaux ;
- Une absence de visibilité du projet d'établissement (PE) qui ne permet pas de donner du sens à l'action des équipes. La mise en œuvre de la méthode d'accompagnement Montessori pour les personnes âgées prévue en tant que fil conducteur du projet d'établissement 2020-2024 a subi un coup d'arrêt avec la crise Covid et le départ du psychomotricien. Des axes d'accompagnement prévus au projet d'établissement en lien avec l'accompagnement des familles peuvent également difficilement s'appliquer en l'absence de mise en œuvre des temps de psychologue prévus au PE ;
- Une procédure de déclaration des événements indésirables (EI) dont l'appropriation par les équipes est à développer et à actualiser sur les aspects transmissions aux autorités de contrôle ;
- Une évaluation insuffisante des pratiques professionnelles, et donc une absence de véritable plan d'action d'amélioration de la qualité (PAQ) ;
- Un fonctionnement du conseil de la vie sociale (CVS) à rénover afin d'en faire une véritable instance de dialogue avec les résidents et familles ;
- Un respect insuffisant des bonnes pratiques de prise en charge en matière de mise en œuvre des contentions, de réalisation d'un bilan gériatrique (notamment à l'admission), du suivi des pansements et de la douleur. La délégation de la prise médicamenteuse aux AS n'est pas suffisamment sécurisée.

- Une traçabilité des soins infirmiers, des soins des AS/AMP et de la rééducation très insuffisante pour assurer une bonne continuité de la prise en charge ;
- Des relations avec les partenaires institutionnels et les professionnels libéraux intervenant dans les prises en charge médicale et paramédicale des résidents insuffisamment formalisées.

Toutefois, la mission relève que des opportunités sont à saisir pour l'EHPAD Amaraggi :

- Une restructuration du siège de la fondation et un nouveau projet associatif de nature à réorienter des choix stratégiques (externalisation des prestations, mutualisation d'effectifs, positionnement de l'EHPAD au sein de son territoire, développement de partenariats) ;
- Le déploiement prochain d'un nouveau logiciel de soins, qui peut apporter une nouvelle dynamique et de nouvelles pratiques au sein de l'équipe soignante, sous réserve d'accompagnement et de formations adéquats ;
- Des négociations CPOM avec les autorités de tarification et de contrôle à venir.

## 2 CONSTATS

Le rapport est établi au vu des constats effectués sur place et des documents présentés et/ou remis, ainsi que selon les déclarations des personnes rencontrées.

### Consignes de lecture :

La grille est renseignée de la façon suivante : O / C (Oui / Conforme), N / NC (Non / Non Conforme).

**Écart** : toute non-conformité constatée par rapport à une référence juridique, identifié **E** dans le rapport ;

**Remarque** : tout dysfonctionnement ou manquement ne pouvant pas être caractérisé par rapport à une référence juridique, identifié **R** dans le rapport.

### Références réglementaires et autres références

Code de l'action sociale et des familles (CASF)

Code de la santé publique (CSP)

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP), notamment de la Haute Autorité de Santé (HAS).

### **3 INTRODUCTION**

#### **3.1 Contexte de la mission d'inspection**

La délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et la Ville de Paris ont été destinataires de plusieurs signaux et réclamations concernant l'EHPAD « Résidence Amaraggi » situé à Paris (75019) qui appartient à la Fondation CASIP COJASOR.

La parution récente du livre intitulé « Les Fossoyeurs, Révélations sur le système qui maltraite nos aînés » a été fortement médiatisée, et incite à une vigilance particulière vis-à-vis des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Aussi, la DG ARS et la Ville de Paris ont elles diligenté une inspection conjointe dans cet établissement. Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire (qualité et sécurité des soins) et sur celui de la dépendance et de l'hébergement.

#### **3.2 Modalités de mise en œuvre**

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V du code de l'action sociale et des familles, a pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire et sur celui de la dépendance.

L'équipe d'inspection est constituée des personnes suivantes :

Pour sa composante ARS :

- Madame Florence LALLEMAND JASON, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection, ARS Île-de-France,
- Madame Nathalie VALERO, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARS Île-de-France,
- Madame le Docteur Delphine LIOT-TIERCELIN, médecin désignée en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'ARS d'Île-de-France au titre de l'article L.1435-7 du Code de la santé publique ;

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des Etablissements sociaux et Médico-sociaux (ESMS) parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L 133-2 du CASF par la Ville de Paris,
- Madame Cassandra ROQUETTE, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L 133-2 du CASF par la Ville de Paris.

L'équipe est accompagnée de Madame Hafida MEZROUI, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, affectée à la délégation départementale ARS des Hauts de Seine, et en stage à l'inspection régionale autonomie santé dans la cadre de sa formation d'adaptation à l'emploi.

Le contrôle a été effectué, sur place et de manière inopinée, le 3 novembre 2022 de 9h à 18h45.

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces mais aussi sur place<sup>1</sup>. Elle a procédé à l'examen d'un échantillon de dossiers du personnel, des dossiers des résidents et des dossiers médicaux. Elle s'est rendue dans les locaux de l'EHPAD le 3 novembre 2022 où elle a été accueillie par la cadre de santé assurant l'intérim de direction en appui de la directrice générale de la fondation. Au cours de cette journée de visite, l'équipe d'inspection a rencontré la Directrice générale de la Fondation entourée des personnes impliquées dans l'intérim de la direction de l'EHPAD Amaraggi : responsables de la fondation et cadre de santé de l'EHPAD. Outre l'entretien de direction, l'équipe a mené des entretiens avec plusieurs membres du personnel (MedCo, Psychologue, 2 IDE, 2 AS, animateur) ainsi qu'avec la présidente du conseil de la vie sociale (CVS), soit au total 9 entretiens.

À l'issue de cette journée de visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec la directrice générale, l'adjoint du nouveau pôle médico-social de la fondation, et la cadre de santé<sup>2</sup>. En outre, les jours suivants, la mission a recueilli le témoignage de huit familles et a poursuivi ses entretiens avec le MedCo, la cadre de santé et la responsable des affaires financières.

Les membres de la mission n'ont pas rencontré de difficultés particulières au cours de la visite d'inspection avec le personnel et les représentants de la direction générale, qui ont su se rendre disponibles alors que plusieurs instances étaient réunies ce même jour, aux fins de présentation de la réorganisation du siège de la fondation et de la direction de l'EHPAD Amaraggi dans le cadre des nouvelles orientations stratégiques associatives. La mission a eu accès aux documents demandés. Le jour même de la visite, l'ensemble des documents demandés n'ont pu être remis, et une première demande de transmission par messagerie sécurisée a été faite le lendemain, puis un rappel avec demande d'éléments complémentaires a été fait le 10 novembre avec la fixation d'une date limite de retour au 15 novembre. La majorité des pièces a été transmise dans les délais.

### 3.3 Présentation de l'établissement

La Résidence Amaraggi, gérée par la fondation CASIP COJASOR a ouvert ses portes en 2001. Elle accueille 80 personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans dont la perte d'autonomie physique et/ou psychique ne leur permet plus de rester à domicile.

Parmi les 80 places d'hébergement, 4 places non identifiées physiquement au sein de l'établissement sont dédiées à de l'hébergement temporaire. L'établissement ne dispose pas de places en accueil de jour et le projet de pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) à destination de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, en réflexion pendant plusieurs années, n'a pas vu le jour.

L'établissement est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale à hauteur de 100% de la capacité de l'EHPAD.

Les personnes de moins de 60 ans peuvent y être admises à titre dérogatoire.

#### 3.3.1 Présentation des locaux :

L'établissement comporte 6 niveaux sur sous-sol. L'ensemble est desservi par 2 ascenseurs (un seul permet d'accéder au 5<sup>e</sup> et au sous-sol), et deux escaliers encloisonnés, lesquels de la même façon ne desservent pas tous les étages. L'accès aux ascenseurs et escaliers est sécurisé par un dispositif de badge.

<sup>1</sup> Liste des documents consultés par la mission d'inspection en annexe 4

<sup>2</sup> Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection en annexe 5

Les couloirs sont sous vidéo-surveillance dont les images sont renvoyées respectivement vers le bureau de la direction, l'accueil et le poste de soins du 3<sup>e</sup> étage.

Les 80 chambres individuelles d'environ 22 m<sup>2</sup> (salle d'eau avec douche et WC inclus) sont réparties sur 4 étages. Les chambres sont équipées de rails de transfert. D'après les entretiens, le personnel utilise ce matériel et s'en déclare satisfait.

Chacun des niveaux est pourvu d'un petit salon ouvert sur le couloir et d'une salle à manger ainsi que des sanitaires et des espaces de rangements (notamment pour les protections et les produits d'entretien).

Le premier étage comprend le bureau de la psychologue au fond du couloir à gauche en sortant de l'ascenseur ainsi qu'un poste de soins (commun au 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> étage).

Le 2<sup>e</sup> étage héberge les résidents les plus lourds et est qualifié d'« unité de vie protégée » (UVP) par certains membres du personnel alors qu'il n'existe pas d'UVP au sein d'Amaraggi. Aucun document ne mentionne d'unité particulière. Toutefois, de fait, cet étage est le seul à ne pas accueillir de résidents de GIR 4, 5 et 6 (soit les moins dépendants), et il accueille 40% des résidents GIR 2 de l'établissement (12 résidents sur 30 de GIR 2 accueillis au sein d'Amaraggi selon les données recueillies sur place).

Le 3<sup>e</sup> étage héberge le poste de soins infirmiers (bureau de la cadre de santé et du personnel soignant) et la balnéothérapie.

Le 4<sup>e</sup> étage héberge un poste de soins commun au 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> étages.

Au rez-de-chaussée se trouvent l'accueil, la bibliothèque, la salle de restauration, le salon de coiffure, les bureaux administratifs, la salle de repos du personnel, une partie de la lingerie (stockage linge propre) ainsi que l'accès au jardin aménagé. Les résidents disposent également d'un lieu de culte situé au rez-de-chaussée.

Le 5<sup>e</sup> étage comprend des sanitaires attenants à une petite salle d'attente et une grande salle de réunion avec terrasse. Cette salle sert également de salle de repos pour le personnel, et comprend à cette fin plusieurs fauteuils relaxants.

Enfin le sous-sol héberge des locaux techniques, les vestiaires hommes et femmes séparés ainsi que la lingerie buanderie (circuit linge sale des résidents).

Les parties communes ayant fait l'objet de travaux récents de rénovation, l'ensemble des locaux apparaît relativement propre, mais les chambres souffrent d'un défaut de maintenance, en particulier au niveau des prises électriques, lesquelles apparaissent en nombre dénudées et sont susceptibles de présenter un danger tant pour le personnel que les résidents. Des défauts de maintenance sont également relevés sur les portes coulissantes des salles de bain et les armoires des chambres ainsi que sur les fixations des abattants des sanitaires. Selon les entretiens réalisés, ni la direction, ni le responsable immobilier et la maintenance du siège ne disposent d'une vision d'ensemble des travaux de maintenance à réaliser.

Ces remontées d'information relèvent de la mission de la gouvernante, laquelle est absente depuis près de 2 ans. Le poste doit prochainement être publié.

#### Remarque n° 1 :

La mission constate un défaut général de travaux de maintenance nécessaires pour sécuriser notamment l'ensemble des prises électriques et l'accès aux armoires électriques.

#### 3.3.2 Rappel de l'autorisation de l'EHPAD

L'autorisation de création d'une maison de retraite de 80 places a été délivrée à l'association CASIP par un arrêté du 22 mars 1999 du Président du Conseil de Paris siégeant en formation de Conseil général. Une convention d'habilitation à l'aide sociale départementale a

été signée le 5 mars 2001. Puis le Préfet de région Île-de-France a autorisé ce même gestionnaire à créer un EHPAD de 80 places dont 76 places d'hébergement permanent et quatre places d'hébergement temporaire, par un arrêté du 13 juin 2001.

La « Résidence Amaraggi » a ouvert ses portes le 11 juin 2001.

L'autorisation a été renouvelée pour une durée de 15 ans à compter du 3 janvier 2017 par courrier conjoint DGARS et Ville de Paris en date du 27 décembre 2016.

### 3.3.3 La fondation gestionnaire

Située au 11 boulevard Séurier à Paris 19, la Résidence Amaraggi est un établissement privé à but non lucratif relevant d'une association loi 1901.

Le gestionnaire est la Fondation CASIP-COJASOR située 8 rue de Pali-Kao 75020 PARIS. Cette dernière est reconnue d'utilité publique, née en 2000 de la fusion du Comité d'action sociale israélite de Paris (CASIP, fondé en 1809), et du Comité juif d'action sociale et de reconstruction (COJASOR, fondé en 1945). Elle gère des services sociaux en direction de populations en difficultés ainsi que des services et établissements médico-sociaux, dont quatre EHPAD et deux résidences services, situés en région parisienne et en province.

Selon la Charte de la Fondation CASIP-COJASOR, « .../issue de la fusion de deux associations établies par la communauté juive depuis de nombreuses décennies, la fondation a pour priorité de répondre aux besoins sociaux de cette communauté, sans exclusive à l'égard de qui que ce soit ». La mission constate que le gestionnaire, qui œuvre en particulier en faveur des personnes de confession israélite, propose une prise en charge centrée sur le résident avec un accompagnement respectant les convictions religieuses de chacun.

Le gestionnaire a transmis à la mission un document de présentation de l'association mis à jour le 2 novembre 2022. Dans le cadre de la précédente organisation de la fondation, la direction de l'EHPAD AMARAGGI était partagée avec un deuxième EHPAD francilien (situé à Créteil) et avec des missions transversales exercées en tant que directrice du pôle séniors au niveau du siège pour le compte de l'ensemble des EHPAD de la fondation. La direction était rattachée hiérarchiquement à la directrice générale. Dans le cadre de la réorganisation, la direction Amaraggi sera une direction pleine et entière, et les missions s'exerceront sous le lien hiérarchique du responsable du pôle médico-social du siège.

Selon le nouvel organigramme, la direction générale de l'association s'articule autour de 3 pôles :

- Le « pôle intervention sociale » dont la principale mission est d'accompagner environ 20 000 personnes chaque année en leur fournissant une aide financière (personnes âgées et retraitées, personnes en situation de handicap, réfugiés et demandeurs d'asile...)
- Le « pôle SéSAM (Services pour une Solidarité Augmentée) » ayant pour objectif « d'agir en proximité des bénéficiaires pour leur fournir des services à domicile ou à partir du domicile visant à réduire l'isolement et à permettre aux personnes fragiles et notamment aux séniors de mieux vieillir à domicile. »
- Le pôle « action médico-sociale » en charge des différentes structures médico-sociales gérées par l'association (EHPAD, Foyer, résidence autonomie) avec une sous-direction action médico-sociale en IDF.

Des directions fonctionnelles (finances, ressources humaines, immobilier et développement, communication et fundraising) viennent compléter cet organigramme.

3.3.4 Quelques caractéristiques budgétaires et données d'activité

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Réf.									
<b>Gestion budgétaire et financière et frais de siège</b>														
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Quel est l'équilibre financier de la structure ?</li> <li>➤ Les raisons du déséquilibre sont-elles analysées ?</li> <li>➤ Font-elles l'objet d'un plan d'action en vue d'un retour à l'équilibre ?</li> <li>➤ Bilan comptables et financier, compte de résultat</li> <li>➤ Procédures de gestion de la trésorerie, délégations et contrôles ?</li> </ul>				<p>L'EPRD 2022 prévoit un résultat déficitaire de [REDACTED] € et d'une trésorerie négative de [REDACTED]. Le résultat prévisionnel de l'exercice 2022 est déficitaire mais en diminution par rapport à celui de 2021 [REDACTED].</p> <p>L'établissement ne fait pas l'objet d'un plan de retour à l'équilibre. Cependant, il a été demandé à l'organisme gestionnaire de transmettre un relevé infra annuel dans le cadre de l'approbation de l'EPRD 2022. L'ARS et la Ville de Paris reste en attente de ces relevés.</p> <p>L'ERRD 2021 aboutit à un déficit réalisé 2021 de [REDACTED] en prévisionnel à l'EPRD). Le gestionnaire indique que le déficit est structurel en raison du GMP et du PMP croissants dans le temps qui occasionnent des dépenses supplémentaires aussi bien en personnel qu'en matériel. Il est à relever que le financement par les autorités de contrôle repose sur la base du GMP évalué le 22/07/2023 à hauteur de 755, et sur le PMP évalué le 11/07/2013 à 195.</p> <p>Le résultat déficitaire de [REDACTED] avant déduction des congés payés se décompose ainsi :</p> <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <tr> <th>Hébergement</th> <th>Dépendance</th> <th>Soins</th> </tr> <tr> <td>Réel 2021</td> <td>Réel 2021</td> <td>Réel 2021</td> </tr> <tr> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> </table>	Hébergement	Dépendance	Soins	Réel 2021	Réel 2021	Réel 2021	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
Hébergement	Dépendance	Soins												
Réel 2021	Réel 2021	Réel 2021												
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]												

Points abordés et constatés lors de l'inspection	0/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Réf.
➤ Combien de résidents sont bénéficiaires de l'aide sociale le jour de la visite ? (en % des résidents)				Le jour de l'inspection, 49,35 % des résidents sont bénéficiaires de l'aide sociale. Cela est dans la « norme » de pourcentage de cette catégorie de population accueillie sur l'ensemble des établissements pour personnes âgées gérés par la fondation (accueil de 30 à 55% pour des établissements habilités aide sociale à 100% de leur capacité)	
➤ Frais de siège : autorisation et services rendus :				<p>La dernière autorisation de frais de siège date de 2016 pour la période 2015-2019. Le taux de prélevement autorisé s'élève à [REDACTED] % du montant des charges brutes de la section d'exploitation. Concrètement ces frais de siège se sont élevés à [REDACTED] € pour l'EHPAD Amaraggi sur l'exercice 2021 (source ERRD 2021).</p> <p>Les services rendus par le siège à l'EHPAD concernent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des services en matière de développement et de fonctionnement (Démarche qualité, CPOM, projet d'investissement...)</li> <li>- Des services juridiques (Conseil et assistance juridique, gestion des contentieux...)</li> <li>- Les ressources humaines (Paies, recrutements, formation...)</li> <li>- La comptabilité (contrôle budgétaire...)</li> </ul> <p>Le gestionnaire n'a pas fait de demande de renouvellement de frais de siège en 2020.</p>	R314-88 1° du CASF ( prestations du siège pouvant être incluses dans les frais de siège autorisés)

- ✓ La partie soins du budget de fonctionnement de l'EHPAD est calculée sur la base du « tarif partiel sans pharmacie à usage intérieur ». Le forfait global de soins a été fixé à [REDACTED] € en 2021 et à [REDACTED] € en 2022.
- ✓ En 2021, l'EHPAD Amaraggi a bénéficié de crédits au titre de la revalorisation Ségur (près de [REDACTED] €) et des crédits non reconductibles ont été accordés, dont [REDACTED] € au titre des formations et [REDACTED] € au titre de 0,10 ETP de médecin prescripteur supplémentaire. Les crédits non reconductibles ont concerné les opérations suivantes :
  - [REDACTED] € au titre de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation
  - [REDACTED] € au titre de l'aide à l'investissement pour des travaux dont le coût global est inférieur à 400 000€ TTC :
    - Fourniture, installation et mise en service de radars de détection de chutes
    - Mise en conformité de la cuisine suite au passage DDPP et de l'audit de Médirest
    - Robinets thermostatiques pour les douches et les robinets

- Moteur fixe ARJO en prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) et pour la sécurité du résident
  - - [REDACTED] € au titre des formations et remplacement du personnel de soins en complément des organismes de formation :
    - Douleur chez la personne âgée
    - Prévention des TMS pour les paramédicaux et manutention des patients
    - Démarche palliative : gestion des appels interface et soutien des familles
    - AFGSU NIVEAU II
    - Toucher relationnel : bien-être du soignant et du soigné
    - Prévention des escarres
    - Concept de bientraitance-prévention des maltraitances
    - Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées
    - Hygiènes bucco-dentaires
    - Soins esthétiques et image de soi dans la relation d'aide
    - 2 ASG
    - 2 contrats en alternance (psychomotricienne et ergothérapeute)
  - - [REDACTED] € au titre du soutien aux ESMS en difficultés ;
  - - [REDACTED] € au titre des mesures estivales ;
  - - [REDACTED] € au titre du soutien à la prescription médicale en EHPAD.
  - ✓ En 2022, le forfait global dépendance est fixé à [REDACTED] € dont [REDACTED] € à la charge de la ville de Paris (source arrêté VDP en date du 20 décembre 2021 portant fixation du forfait global dépendance pour l'année 2022).
  - ✓ Le tarif journalier d'hébergement s'élève à 86,12 € en hébergement permanent et 105,79 € en hébergement temporaire.
  - ✓ Le GMP validé est de 764 au 03/11/2016 et le GMP réalisé est de 799,5 au 31/12/2020. Le PMP validé est de 195 au 28/05/2013. La révision est en cours d'instance. (Source rapport EPRD 2022).
  - après les évaluations du médecin coordonnateur réalisées fin 2020 et en janvier 2021, le PMP s'éleverait à 270. Ces résultats n'ont pu être validés par les médecins de l'ARS, faute de disponibilité.

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

Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles au-dessus des chiffres médians régionaux susmentionnés.

Les 74 résidents accueillis en 2021 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD 2021 <sup>3</sup>	22.6 %	40.2%	17.6%	7.5%	7.5%
EHPAD 2022 prévisionnel	23.2%	41.2%	19.3%	6.4%	6.4%
IDF <sup>4</sup>	18%	40%	18%	17%	7%

- ✓ Etablissement dont la convention tripartite (CTP) a été prolongée en l'absence de négociation du CPOM

La CTP initiale signée par l'établissement le 4 décembre 2001 a été renouvelée deux fois, en 2009 puis le 23 juin 2015 pour 5 ans. Elle a ensuite laissé place à la négociation d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ARS et la Ville de Paris. Le diagnostic préalable à la négociation du CPOM a été adressé par l'établissement dans le courant de l'été 2022.

Un projet de pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) était prévu dans la CTP de 2015. Il n'a pas été mis en place.

Les objectifs fixés par la CTP 2015-2020 en vigueur, concernent :

- la qualité de vie du résident : la convention dispose en particulier que le projet de vie individualisé (PVI) est à mettre à jour avec l'actualisation du projet d'établissement et doit être réactualisé chaque année ;
- la qualité des soins : un bilan gériatrique standardisé doit être réalisé dans les trois mois suivant l'admission et suivi annuellement, la traçabilité des actes de la vie quotidienne, des soins et de la prise médicamenteuse doivent être informatisés ainsi que les dossiers de liaison d'urgence (DLU). La CTP prévoit également la réactualisation du projet de soins de l'établissement et l'élaboration d'un projet spécifique pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ;
- la gestion des ressources humaines : la convention prévoit des mesures immédiates en terme de qualification, de formation et d'accompagnement du personnel et d'actualisation de l'organigramme et des fiches de poste ;
- les partenariats : elle prévoit enfin le conventionnement de l'EHPAD avec des services de médecine, d'urgence, de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs, avec des officines de pharmacie pour l'approvisionnement en médicaments et un renforcement des coopérations avec les services à domicile.

<sup>3</sup> Source EPRD 2022

<sup>4</sup> ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

### 3.3.5 Activité constatée le jour de la visite

Le jour de la visite, le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de 76 résidents d'après la liste des résidents par chambre actualisée au 3 novembre (d'autres documents font état de 77 résidents car un décès a eu lieu au 4<sup>e</sup> étage la nuit précédent notre visite), soit un taux de présence de 95%. Ce même jour, 5 dossiers de personnes en liste d'attente devaient être examinés aux fins d'admission sur les places vacantes. Or, les places vacantes correspondent aux places d'hébergement temporaire.

L'établissement a par ailleurs déposé un EPRD avec une prévision correspondant à 80 places en hébergement permanent (28 444 journées)

En ce qui concerne les lits d'hébergement temporaire, la direction précise qu'il y a peu de demandes, lesquelles s'avèrent saisonnières, surtout en période estivale. Le rapport du directeur à l'ERRD 2021 indique que les demandes sur les lits temporaires sont rares depuis 2020 avec la crainte de contracter le CoViD dans les établissements. Toutefois, l'établissement a répondu aux sollicitations de l'agence dans le cadre du dispositif d'Hébergement Temporaire en Sortie d'Hospitalisation (HTSH), destiné à fluidifier les sorties d'hospitalisation et désengorger les services d'urgence. Concomitamment, l'ERRD 2020 fait état d'une activité d'HT.

L'examen des données d'activité depuis 2018 (source EPRD 2022) tend à démontrer que l'absence d'utilisation des places en hébergement temporaire est historique et que l'établissement utilise ces places en hébergement permanent. Le projet d'établissement de l'EHPAD ne comporte pas de projet spécifique sur l'hébergement temporaire.

En 2020, 564 journées étaient comptabilisées en hébergement temporaire, soit un taux de 38 % d'occupation des 4 places contre respectivement un taux de 28 % en 2021 (413 journées). Il n'y a pas de journées comptabilisées en temporaire sur les années 2018 et 2019.

Tableau ARS sur l'hébergement permanent d'après les données EPRD 2022 :

Groupes iso-ressources		Nb de places occupées	Nb de journées d'activité	Nb journée max théoriques/ 76 places HP	Taux occupation/ 76 HP
Années N=2022	2018	78	28 726	27740	103,55%
	2019	78	28 627	27740	103,20%
	2020	80	25 788	27740	92,96%
	2021	74	27 714	27740	99,91%
	N (prévisionnel)	76	26 764	27740	96,48%

Par ailleurs, la mission d'inspection s'étonne de la présence de la mention hébergement temporaire en lien avec 9 résidents présents au 3 novembre dans les fichiers transmis (Cf. pièce numérotée A) avec des durées de séjour comprises entre 180 jours et 764 jours. Par définition, les séjours en hébergement temporaire sont de courtes durées et ne devraient pas dépasser une durée maximale de 6 mois (180 jours). Cela démontre que des places d'hébergement temporaire sont utilisées pour de l'hébergement permanent.

Écart n° 1 :

Le jour de l'inspection, l'autorisation de places en hébergement permanent (HP) est au seuil maximal de 76 places et 1 seule place peut être considérée en hébergement temporaire. Une procédure pour admission de plusieurs résidents en hébergement permanent est en cours. L'autorisation en hébergement temporaire (HT) n'est donc pas mise en œuvre, l'EHPAD Amaraggi ne répond pas notamment à la demande de répit pour les aidants ou à des situations d'urgence<sup>5</sup>.

Écart n° 2 :

En ne disposant pas de projet spécifique pour l'accueil temporaire, l'EHPAD contrevient aux articles L313-1 et D 312-9 du CASF.

La mission d'inspection a consulté le registre des entrées et des sorties ; il n'est plus renseigné depuis 2019.

Écart n° 3 :

En ne tenant pas à jour le registre des entrées et sorties, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L 331-2 du CASF.

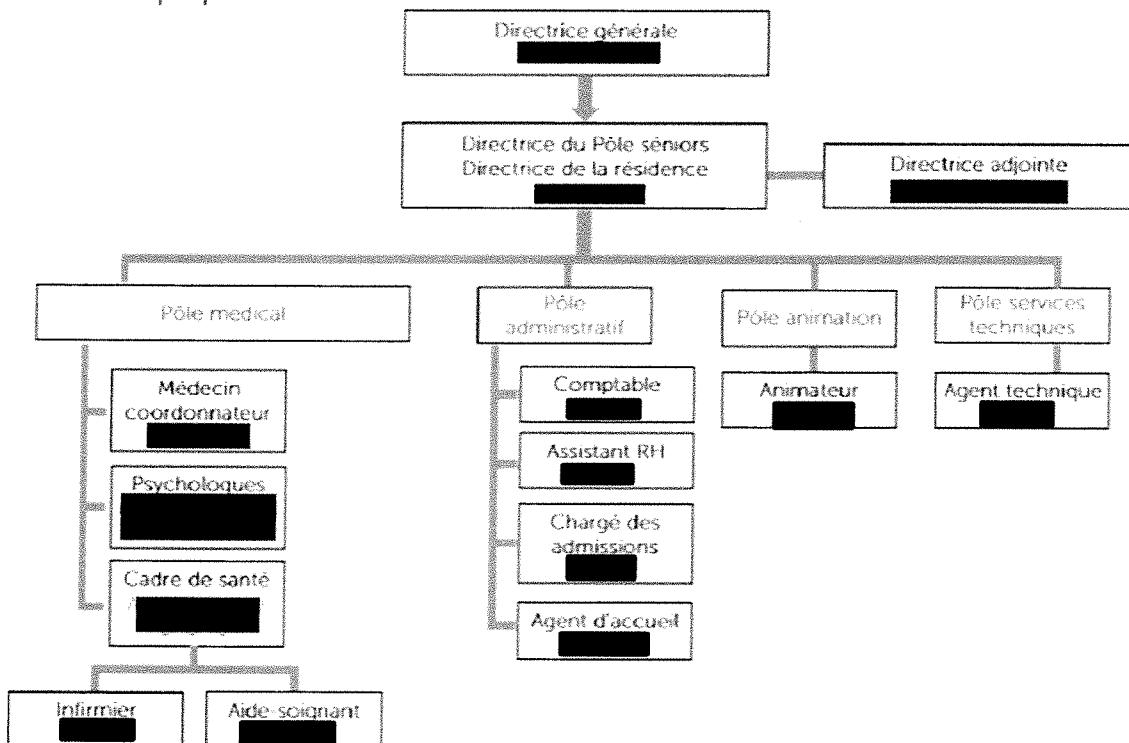
---

<sup>5</sup> Référentiel de bonnes pratiques de l'hébergement temporaire pour personnes âgées en perte d'autonomie en région Bretagne \_ Mai 2017.

---

## 4 GESTION DES RESSOURCES HUMAINES : CONFORMITÉ DES EFFECTIFS PRÉSENTS PAR RAPPORT AU PROJET D'ÉTABLISSEMENT ET AU BUDGET ALLOUÉ, ABSENTÉISME, RECOURS À L'INTÉRIM, FORMATIONS

L'équipe



### Extrait livret d'accueil daté d'octobre 2021.

Comme vu plus haut, le jour de la visite a été annoncée une restructuration organisationnelle au niveau du siège emportant également pour conséquence une modification du positionnement et des liens hiérarchiques de la direction de l'établissement. Un poste de psychologue et le poste de direction adjointe étaient vacants le jour de la visite. La mission n'a pu établir si le poste de directeur adjoint serait maintenu dans la mesure où le poste de direction est désormais un poste à temps plein sur l'établissement.

#### 4.1 L'encadrement des équipes

Grille de contrôle/Gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations.

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Réf.
<p><b>1. L'ENCADREMENT DES EQUIPES</b></p> <p>-Le jour J<sup>e</sup>, la direction de l'EHPAD est-elle assurée régulièrement ?  -Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?</p> <p>-Recrutement, diplôme, qualité de travail, délégation de pouvoir confiée au directeur et fiche de poste ?</p> <p>-Subdélégations(documentées) de signature ?</p> <p>-Modalités de remplacement du directeur, astreintes de direction (planning réalisé 2021 et prévisionnel 2022) ?</p> <p>Cf. Entretien avec l'équipe de direction</p>	NC	R	Selon la liste de salariés, l'équipe de cadres se compose de 5 personnes (4,01 ETP). Selon l'organigramme, la direction est composée d'une directrice, directrice adjointe et d'une cadre de santé (CDS).	<p>Le poste de directeur est vacant depuis le mois d'octobre 2022. L'intérim est assuré par la Directrice générale du siège alors que la structure dispose d'une directrice adjointe. Cette dernière arrivée en septembre 2021 était notamment chargée de la qualité (Cf. CR CVS du 8 juillet 2021).</p> <p>[REDACTED]</p>	D. 312-176-5 CASF L315-17 CASF D315-67 à 71 CASF Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007

**6 Jour « J »** : jour de la visite d'inspection sur site

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Ref.
				<p>changer de lieu de travail « dans l'un des établissements de la fondation avec déplacements à prévoir ».</p> <p>Chacun assure une semaine d'astreinte du lundi au vendredi de 20h à 8h et le week-end.</p> <p>Le cadre est joignable par téléphone pour toute urgence. Le planning d'astreinte est affiché à l'accueil avec celui des équipes ainsi que dans la salle du personnel.</p> <p>Le planning d'astreintes 2022 a été remis à la mission. Les astreintes sont assurées à la semaine du lundi au dimanche, à l'exception de l'été (quinzaine).</p> <p>Elles sont partagées entre quatre personnes : directrice, directrice adjointe, CDS, cadre responsable des admissions et l'assistante RH (non cadre ; mission non indiquée dans sa fiche de poste). Sur les 7 premiers mois de l'année, les astreintes ne sont assurées que par la directrice et la CDS. Le siège y est mentionné pour le mois d'août. La directrice et la directrice adjointe n'y apparaissent plus à compter de septembre [REDACTED]</p> <p>Cette dernière n'était pas présente le jour de la visite. D'après les précisions apportées par la direction générale, elle a rejoint un autre établissement de la fondation dès le 1<sup>er</sup> octobre 2022.</p> <p>Remarque n° 2 :</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Remarque n° 3 :</p> <p>Les astreintes sont assurées par [REDACTED] des cadres qui ne disposent pas de subdélégation pour agir. Ceux-ci ne bénéficient pas de procédures et protocoles pour remplir cette mission spécifique.</p> <p>[REDACTED]</p>	D. 312-155-0 II du CASF et D312-155-0-1 si PASA et D 312-155-0-2 si UHR
Conformité de l'équipe pluridisciplinaire ?	O	C		<p>L'établissement dispose d'un MedCo, d'un médecin prescripteur et d'une cadre de santé.</p> <p>Une psychologue intervient à temps partiel, le deuxième temps partiel de psychologue est vacant. Il n'y a plus d'IDE en CDI ni de poste dédié à la rééducation (du type kinésithérapeute, psychomotricien ou ergothérapeute).</p>	

20/103

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires		Réf.
				<p>Selon les entretiens, les postes vacants sont un temps partiel de psychologue (recrutement en cours) et le poste de la gouvernante dont la publication devrait intervenir rapidement.</p> <p>Par ailleurs, une réorganisation est en cours sur la direction avec la nomination intervenue quelques jours après la visite sur site de la cadre de santé en tant que directrice. Une nouvelle cadre de santé a été embauchée quelques jours également après la visite sur site.</p> <p>Afin de pallier les difficultés de recrutement, l'EHPAD développe une politique d'accueil et de lieu de stages pour plusieurs professionnels soignants.</p> <p>La structure a ainsi recours aux stagiaires selon les proportions suivantes d'après les données transmises sur les mois d'octobre et novembre 2022 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Octobre 2022 : 17 stagiaires notamment Assistants De Vie aux Familles (ADVf) et aides-soignants.</li> <li>• Novembre 2022 : 21 stagiaires dont un infirmier et deux Bac pro accompagnement, soins et services à la personne (ASSP).</li> </ul> <p>Tableau des effectifs établi à partir de la liste des salariés remise (Source ARS) :</p> 		

21/103

	Métier	ETP
AGENT QUALIFIÉ		
CDI		
AIDE SOIGNANT (E)		
APPRENTI		
CDD		
CDI		
ANIMATEUR (TRICE) SOCIO EDUCATIF N2		
CDI		
ASSISTANT (E) ADMINISTRATIF (VE)		
CDI		
ASSISTANT (E) RH		
CDI		
AUXILIAIRE DE VIE SOCIALE		
CDD		
CDI		
CADRE DE SANTE		
CDI		
COMPTABLE		
CDD		
DIRECTEUR (TRICE) D'ETABLISSEMENT ADJOINT (E)		
CDI		
GOUVERNANT (E)		
CDI		
INFIRMIER (E)		
CDD		
MÉDECIN COORDONNATEUR (TRICE)		
CDI		
MÉDECIN GÉNÉRALISTE		
CDD		
PSYCHOLOGUE		
CDI		
RESPONSABLE ADMINISTRATIF (VE) ET GESTION		
CDI		
STANDARDISTE		
CDD		
CDI		
Total général		

22/103

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Réf.
-Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste du MEDEC ? -Permanence/astreinte médicale formalisée ?	C			<p>Le MedCo est en poste depuis décembre 2017. Il est titulaire d'un diplôme d'Etat de médecine depuis 1984 et gériatre.</p> <p>Son bulletin de paie de septembre 2022 indique une quotité de travail de 75,835 heures mensuelles soit 0,5 ETP, conforme à l'art. D312-156 du CASF.</p> <p>Il dispose d'une fiche de poste qu'il a signée, conforme au cadre juridique.</p> <p>Son contrat de travail précise qu'il est présent le mardi et jeudi de 9h à 18h45.</p> <p>Selon les entretiens, il est joignable les jours où il n'est pas présent et peut se déplacer si besoin.</p> <p>Le MedCo est également médecin prescripteur, à hauteur d'une vacation et dernière par semaine.</p> <p>L'EHPAD dispose également d'un autre médecin généraliste prescripteur [REDACTED]</p> <p>[REDACTED] Les deux médecins se partagent les 3 vacallons de médecin prescripteur.</p>	D. 312-156, D. 312-157 et D. 312-159-1 CASF
-Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'IDEC ? -Permanence/astreinte paramédicale formalisée ?	C			<p>Le poste d'IDEC est pourvu par une cadre de santé (CDS).</p> <p>La CDS a été recrutée en janvier 2019. La mission a été informée de sa future promotion en tant que directrice. Elle a obtenu le diplôme de cadre de santé en 2013.</p>	
-Réunions régulières et documentées (CR) direction/siège de l'OG ? l'OG est-il au courant des problèmes ou difficultés de l'EHPAD et prend-il des dispositions pour les résoudre ? -Réunions régulières (fréquence ?) et documentées (CR) de l'équipe de direction ? (Planning des réunions 2021/programmées 2022) ?	O			<p>L'organisme gestionnaire est de fait au courant des difficultés de l'EHPAD puisque l'intérim de direction est assuré par la directrice générale avec l'appui de l'équipe du siège et la cadre de santé de l'établissement. Le siège vient de revoir son organisation au regard des nouvelles orientations stratégiques de la fondation. Dans ce contexte de restructuration, la direction de l'EHPAD Amaraggi ne sera plus partagée entre les missions du pôle séniors du siège et la direction de l'EHPAD de Crétel et deviendra une direction temps plein.</p> <p>Selon les entretiens, il existe 3 rdv annuels :</p>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Réf.
				A/ le séminaire des cadres qui réunit les directeurs et chefs de service pour aborder les thématiques accompagnement et management (cette année, réflexion sur l'attractivité pour recruter et fidéliser le personnel) B/ le rdv financier entre mars et mai pour la clôture des exercices et travail sur les EPRD.	
				C/ les réunions des pôles. Chaque pôle du siège organise son propre calendrier. À titre d'exemple, le pôle handicap a organisé 2 réunions par an. Les CR n'ont pas été transmis à la mission.	
-Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste <sup>8</sup> et dossier RH type, remise de documents . RF ...	0			Selon les entretiens, les stagiaires ou apprenants sont accompagnés les quinze premiers jours puis ils interviennent seuls auprès du résident ; à l'exception des résidents les plus dépendants pour lesquels l'intervention est assurée par deux soignants.  Pour les nouveaux arrivants, des procédures sont disponibles sur le logiciel Bluekango® et un tutorage pour les soins est assuré pendant 24 ou 48h. Des entretiens ont lieu avec la CDS comme en atteste un document intitulé « Prénom Nom AS : entretien prise de poste de nuit », signé et daté qui a été remis à la mission. Le projet d'établissement présente page 55 l'accueil et l'intégration du personnel.	
-Formations prévues/réalisées dont :	0			<p>Le plan de formation 2022 prévoit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ pratiques professionnelles,</li> <li>➤ prévention de la maltraitance,</li> <li>➤ bon usage des outils et équipements de travail.</li> </ul> <p>Cf. Plans de formation 2021 (réalisé) et 2022 (prévisionnel) et attestations de formation dans les dossiers salariés</p>	
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• une formation externe « Accompagner les personnes présentant des troubles psychiques » de 21 h concerne 22 salariés ;</li> <li>• une formation externe « Management de projet : Retour d'expérience » concerne 15 salariés répartis en 3 groupes ;</li> <li>• une formation « Atelier ZE3P », dont la finalité n'a pas été explicitée est dispensée par le siège et concerne 24 salariés.</li> </ul> <p>Selon les entretiens, les salariés ont également suivi une formation sur la communication avec les familles. Cette dernière apparaît comme utile et a été appréciée par les personnels en ayant bénéficié.</p> <p>Des mini-formations en interne sont proposées aux soignants de façon régulière à partir de situations précises ou de cas pratiques, tels que l'utilisation des lève-</p>	

<sup>8</sup> Par ex. : travail en doublon, accompagnement par un pair, formations aux spécificités des résidents, accès aux informations individuelles], dossier RH type, remise de documents O/N : RF...

<b>Points abordés et constatés lors de l'inspection</b>	<b>O/ C</b>	<b>N/ NC</b>	<b>E/ R</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Ref.</b>
				malades ; sensibilisation hygiène bucco-dentaire, etc. Les intervenants sont soit la CDS, le médecin, soit des intervenants extérieurs (société qui délivré le matériel par exemple).	
Mode de traçabilité et de gestion des manquements professionnels ?	0			Lors de la consultation de 6 dossiers RH, la mission a constaté la présence de lettres de rappel de posture professionnelle.	

#### 4.2 La situation des effectifs

<b>2. LA SITUATION DES EFFECTIFS</b>					
Existe-t-il un logiciel métier de recensement/suivi des salariés présents, prévus, plannings ?				Non vu et non précisé aux cours des entretiens.	
Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents ?	0			La structure dispose d'une assistante RH qui suit l'absentéisme car selon les entretiens elle transmet les variables de paie au siège.	
Comment sont contrôlés les présences à chaque changement de service ?					
Ratios d'encadrement réels (ERRD 2021) / ratios cibles (EPRD 2022) et ratios le jour J / ratios cibles (EPRD 2022).	0			[REDACTED]	

Effectuer les calculs déterminant les ETP cibles:

*Capacité d'hébergementxGMPétablissement validé nb d'ETP (AS+AES)= RGMP Si RGMP> 3200 => nb ETP ASAES est insuffisant*

*Capacité d'hébergementxPMPétablissement validé nb d'ETP IDE= RPMP Si RPMP> 4300 => nb ETP IDE est insuffisant*

CATEGORIE DE EMPLOI	PRÉVU 2021	PRÉVU 2022	PRÉVU 2021	PRÉVU 2022	PRÉVU 2021	PRÉVU 2022
DIRECTION - ADMINISTRATION						
CUISINE - SERVICES GÉNÉRAUX - DÉTÉRITION						
ANIMATION - SERVICE SOCIAL						
ASH - agents de service affectés aux fonctions de blanchisserie, nettoyage et service des repas, aides soignants, aides médico-pédagogiques et accompagnants éducatifs et sociaux						
PSYCHOLOGUES						
INFIRMIERS						
Psychomotricien						
Médecin coordinateur						
TOTAL						

		<b>S'agissant de la charge en dépendance, les ratios sont bons et traduisent un effectif suffisant en AS/AES :</b>	
Absents non prévus (ppx motifs : maternité, AT, maladies, absences de courte durée...) le jour de la visite ? <i>Cf. Recensement des salariés présents le jour J et écart avec le planning</i>	0	<p>Cette information a été communiquée sans préciser s'il s'agissait d'une absence non prévue ou de la simple rotation du temps de travail.</p> <p>Au jour de la visite [REDACTED]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• [REDACTED]</li> <li>• [REDACTED]</li> </ul>	
Comment la structure fait-elle face aux absences du jour J ? Existe-t-il une procédure pour organiser les remplacements ?		<p>Selon les entretiens, l'équipe de cadres fait appel à des vacataires avec qui ils travaillent régulièrement. Une application est utilisée pour faciliter la gestion des remplacements . Permuteo®.</p> <p>Une procédure décrit l'organisation des remplacements selon qu'ils sont connus à l'avance ou connus la veille ou le jour-même de l'absence. Les différents cas de figure pour le personnel soignant sont décrits plus loin dans le rapport pour organiser le fonctionnement en mode dégradé lorsque l'absence est imprévue.</p>	
Repartition du personnel en CDI (« titulaires ») et CDD : le mois courant ?	0		<p>[REDACTED]</p> <p>2%</p> <p>31%</p> <p>57%</p> <p>%</p>
Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés ? Des fiches de tâches heurees pour les personnels de jour ? de nuit ?	0	<p>Les fiches de tâches heurees sont affichées dans les espaces de stockage à chaque étage.</p> <p>Des fiches de poste signées étaient présentes dans les dossiers RH consultés.</p>	L. 311-3, CASF (sécurité des personnes)
Diplômes et contrats de travail dans les dossiers RH ? Entretiens avec le directeur/le DRH	0	<p>La mission a pu consulter les dossiers RH demandés à l'exception de ceux des CDD qui n'étaient pas classés. Un seul dossier de CDD d'IDE a été vu et ne contenait pas le contrat de travail.</p>	

#### 4.3 L'organisation du travail

3. L'ORGANISATION DU TRAVAIL																																																																																
La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels ? Roulement entre les différentes unités de vie ?		O	<p>L'établissement ne dispose pas d'une unité de vie protégée, mais selon les entretiens les personnes les plus lourdes en charge en soins sont regroupées sur le même étage (2<sup>e</sup> étage en particulier).</p> <p>Dans les plannings communiqués, les étages ne sont pas spécifiés, ce qui ne permet pas d'avoir l'information sur le roulement des équipes sur chaque unité. Selon les entretiens, un roulement trimestriel est mis en place. Le rythme du roulement a toutefois été perturbé dans le contexte de la gestion de crise Covid.</p>  <p>Les équipes sont formées de deux soignants par étage (1 à 4) et d'une personne « roulant » sur 2 étages (1-2 et 3-4). Lorsqu'il y a des stagiaires ou apprentis, l'équipe est renforcée.</p> <p>Elles sont présentes sur une période de 12h de 8h à 20h avec une pause d'1h30 de 13h30 à 15h00.</p> <p>Le roulement, équipe bleu contre équipe rose, comme suit permet des roulements assurant l'obtention d'au moins deux jours de repos consécutifs toutes les deux semaines.</p> <table border="1"><thead><tr><th>M</th><th>M</th><th>J</th><th>V</th><th>S</th><th>D</th><th>L</th><th>M</th><th>M</th><th>J</th><th>V</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td></td></tr><tr><td>mard</td><td>mercre</td><td>jeu</td><td>vendre</td><td>sante</td><td>dimanch</td><td>un</td><td>ma</td><td>mercre</td><td>jeu</td><td>ven</td></tr><tr><td>di</td><td>di</td><td>d</td><td>d</td><td>d</td><td>e</td><td>di</td><td>d</td><td>di</td><td>d</td><td>d</td></tr><tr><td>mard</td><td>mercre</td><td>jeu</td><td>vendre</td><td>sante</td><td>dimanch</td><td>un</td><td>ma</td><td>mercre</td><td>jeu</td><td>ven</td></tr><tr><td>di</td><td>di</td><td>d</td><td>d</td><td>d</td><td>e</td><td>di</td><td>d</td><td>di</td><td>d</td><td>d</td></tr></tbody></table> <p>La nuit est assurée par deux aides-soignants pour 80 résidents.</p>												M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		mard	mercre	jeu	vendre	sante	dimanch	un	ma	mercre	jeu	ven	di	di	d	d	d	e	di	d	di	d	d	mard	mercre	jeu	vendre	sante	dimanch	un	ma	mercre	jeu	ven	di	di	d	d	d	e	di	d	di	d	d
M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V																																																																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																							
mard	mercre	jeu	vendre	sante	dimanch	un	ma	mercre	jeu	ven																																																																						
di	di	d	d	d	e	di	d	di	d	d																																																																						
mard	mercre	jeu	vendre	sante	dimanch	un	ma	mercre	jeu	ven																																																																						
di	di	d	d	d	e	di	d	di	d	d																																																																						

		<p>Selon les entretiens, les IDE sont présentes de 7h30 à 19h30 (12h) avec une pause : 1h30 répartie ainsi : 30 min pause vers 10h, 1h à 13h. Elles sont affectées à 2 étages (1-2 ou 3-4).</p> <p>Le temps infirmier étant pourvu par des CDD, il n'y a pas de roulement équipe contre équipe.</p>
Modalités de gestion des plannings des équipes soignantes ? Des équipes hôtelières ?		<p>Pour les équipes soignantes :</p> <p>C'est la cadre de santé qui s'occupe de la construction et de la gestion des plannings. Selon ses déclarations, elle les transmet aux équipes environ 1,5 mois avant le démarrage. Le jour de la mission, les plannings de novembre et décembre sont affichés dans l'établissement.</p> <p>Sur chacun des 4 étages, il doit y avoir théoriquement, chaque jour 2 AS + 1 roulante sur deux étages (1-2 et 3-4) donc 10 AS/ AES/ AVS par jour.</p> <p>La procédure transmise par l'établissement, indique l'organisation en cas d'absence d'1 ou 2 AS. En effet, si 1 AS fixe manque, il est noté que l'AS roulante des 2 étages correspondants doit prendre le relais, et si 2 AS fixes manquent, les 2 AS roulantes passent en fixe. Si 1 ou 2 AS roulantes sont absentes, alors pas de changement pour les AS fixes.</p> <p>Pour la nuit, il doit y avoir théoriquement, 1 AS pour 2 étages soit 2 AS par nuit.</p> <p>Les plannings présentent une légende expliquant la signification des couleurs. En revanche, il n'y a pas de légende explicative pour les mentions retrouvées en bout de ligne individuelle type « 1B, 2B, 2R, R, B 3-4, etc. »</p> <p>La liste des personnes n'est pas classée par ordre alphabétique. Elle l'est peut-être par étage, mais aucune information ne permet de corroborer cette hypothèse. Il n'existe pas non plus d'indications sur les plannings permettant l'identification des titulaires, remplaçants et vacataires. Les plannings sont composés de deux tableaux. La mission estime que ces tableaux permettent de distinguer les titulaires (tableau du haut) des remplaçants, toutefois rien ne permet de l'affirmer.</p> <p>Mêmes remarques pour les plannings des IDE. Pour certaines personnes, seuls le nom ou le prénom sont inscrits.</p> <p>Certaines cases comportent des croix, non expliquées dans la légende.</p> <p>Les horaires ne sont pas mentionnés dans le planning.</p> <p>Les stagiaires sont mentionnés en bout de ligne pour le mois d'août mais pas pour les mois de septembre, octobre et novembre.</p>

		<p>La mission constate que les mises en forme des plannings affichés ne correspondent pas à celles des plannings transmis. Toutefois, ces différences s'expliquent sans doute par le cadre précis imposé pour les documents transmis. En effet, dans les plannings transmis, les jours de présence sont soulignés en jaune alors qu'ils apparaissent de la même couleur que les autres jours du mois dans le planning affiché. Ce qui est jaune dans le planning affiché, correspond aux absences pour formation. Les autres absences sont notifiées en rouge dans le planning affiché versus en rose dans le planning transmis. Seul le « P » reste présent sur les deux versions.</p> <p>Par ailleurs, sur le planning affiché, contrairement aux plannings transmis n'apparaissent pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-la légende</li> <li>-le nombre de soignants présents sur la journée</li> <li>-des numéros de téléphone</li> </ul> <p>Le constat est le même que ce soit pour le planning de jour que pour le planning de nuit.</p> <p>Certaines divergences entre les plannings affichés et ceux transmis peuvent s'expliquer par le cadre d'information demandé au gestionnaire dans la liste des documents à transmettre.</p> <p>En ce qui concerne les roulements, ils sont conformes et plutôt bien respectés. Roulement permettant l'obtention d'au moins deux jours de repos consécutifs toutes les deux semaines. 3 jours travaillés – 2 jours de repos – 2 jours travaillés – 3 jours de repos – 2 jours travaillés – 2 jours de repos – 3 jours travaillées et ainsi de suite.</p> <p>Pour les équipes hôtelières :</p> <p>Les équipes hôtelières sont externalisées, donc gérées par un prestataire externe.</p>
		<p>Temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?</p> <p>Il n'y pas de chevauchement organisé de fait =&gt; les AS arrivent plus tôt ou partent plus tard pour faire les transmissions.</p> <p>Selon les entretiens, les IDE précisent effectuer par écrit sur une feuille des transmissions à destination de l'équipe de nuit, en l'absence de temps de chevauchement ; leur service finissant à 19h30 alors que l'équipe de nuit prend son service pour 20h.</p> <p>Lors de l'entretien avec la cadre de santé, elle mentionne que les deux IDE présentes par jour (1 IDE pour 2 étages) travaillent de 7h30 à 19h20. L'équipe soignante de</p>

			nuit, arrive à 20h pour une fin de service à 8h le lendemain matin. Cela confirme qu'il n'y a pas de transmission orale le soir entre l'IDE et l'équipe soignante de nuit. En revanche, il y a 10 minutes de transmissions (temps de chevauchement) le matin entre l'équipe soignante de nuit et l'IDE.
Modalités d'organisation des transmissions entre les équipes :	- qui en assure le pilotage ? - existe-t-il une procédure ? - mode de traçabilité des transmissions (registre, logiciel) ?	<p>Selon les entretiens, des transmissions orales entre AS ont lieu lors des changements d'équipe jour/nuit ; les AS de nuit prennent leur service plus tôt pour voir les AS de jour.</p> <p>Pour les transmissions nuit/jour : A 8h, des transmissions ont lieu entre AS de jour et l'IDE qui a fait le point avec équipe de nuit (temps de chevauchement prévu au planning).</p> <p>Un temps de transmissions de jour a lieu en semaine vers 11h15 ou 11h30 par binôme d'étage (1-2 et 3-4).</p> <p>Selon les échanges avec la cadre de santé, les transmissions sont organisées comme suit :</p> <p><u>Le matin</u> : Les AS de nuit transmettent chacune pour leurs deux étages auprès de l'IDE en fonction de ces deux étages.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pilote : Non observé</li> <li>➤ Procédure : non existante selon les observations</li> <li>➤ Mode de traçabilité : Logiciel easy soin et feuilles volantes</li> </ul> <p><u>Vers 11h15/30</u> : Transmissions entre équipe soignante de jour et IDE, une équipe pour 2 étages.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pilote : IDE observé lors de la mission</li> <li>➤ Procédure : non existante selon les observations</li> <li>➤ Mode traçabilité : L'infirmière note sur une feuille volante certains points de transmissions de chaque soignant. Selon ses dires, cela est recopié par la suite dans le logiciel de soin.</li> </ul> <p><u>Le soir</u> : Les roulanteries de jour transmettent aux équipes soignantes de nuit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pilote : Non observé</li> <li>➤ Procédure : non existante selon les observations</li> <li>➤ Mode de traçabilité : Logiciel easy soin ? et feuilles volantes</li> </ul>	

## 5 LA COMMUNICATION INTERNE AVEC LES RESIDENTS ET LES FAMILLES ET LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE ET DE TRAITEMENT DE LEURS DEMANDES ET LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE

### 5.1 Le nombre et le profil des résidents accueillis

Points abordés et constatés lors de l'inspection	0 / NC	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
<b>1. LE PROFIL DES RESIDENTS ACCUEILLIS</b>					
Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ?		NC	E	Il existe mais ce registre n'a pas été mis à jour depuis 2019 (Cf. écart n°2)	L. 331-2 et R. 331-5, CASF
Nb de résidents accueillis le jour J ?	0			76 résidents sont accueillis le jour de la visite, un décès ayant eu lieu la nuit qui précédait. La liste des résidents a été transmise sous format informatique (présentation sous format Excel®). Les dates d'entrées, le statut d'hébergement, la mention aide sociale ou protection juridique, le numéro de chambre sont notamment suivis.	
Existe-t'il un logiciel métier ou autre document de recensement/suivi des résidents présents ?				Soit un taux de présence de 100%	
Taux de présence le jour J (nb PA accueillies/nb places installées) ?				En revanche, les 4 places d'hébergement temporaire sont vides.	

### 5.2 Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents

Points abordés et constatés lors de l'inspection	0 / NC	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Admission : procédure écrite ? avis pluridisciplinaire ?					
				Selon les entretiens, il existe une commission d'admission qui a lieu le jeudi. Sont présents à cette commission :	Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF R. 311-33 à -37 CASF (RF)
				- Le MedCo, - La cadre de santé, - Le responsable admission et coordonnateur des familles,	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N/ C	E/R	Commentaires	Réf.
			- La psychologue.	<p>Durant cette commission, les dossiers des résidents souhaitant intégrer l'établissement sont présentes et discutées. Le médecin émet un avis sur l'adéquation du profil et des besoins du résident et les prestations de l'EHPAD. Le dossier administratif est passé en revue afin de vérifier qu'il ne manque pas de pièce. S'il est complet et lorsque cela est possible, une visite de pré admission est organisée. Lors de cette visite, l'équipe essaie le plus souvent d'y convier une IDE et une soignante d'étage. C'est à l'issue de cette visite que l'admission est programmée.</p> <p>Le projet d'établissement décrit la procédure de pré-admission, l'accueil et l'admission ainsi que la période d'intégration. Le livret d'accueil présente également l'admission.</p>	L3114-1 et L_3115-1 CASF L_1111-6 CSP Circulaire DGAS/SDS n°2004-136 du 24/03/2004 rel au livret d'accueil (LA) et HAS 2009 <sup>9</sup>
Contrat de séjour : recueil du consentement de la personne ?  Lors de l'admission, remise du RF, du LA et annexes (désignation de la PC, rédaction de directives anticipées, Chartre des DL, mesures particulières sur la liberté d'aller et venir), de la liste des PQ ?  Cf. Dossiers des résidents			<p>Six dossiers d'usagers ont été consultés. 6/6 ont un contrat de séjour (CDS) signé.</p> <p>Le montant de la caution déposée n'est pas systématiquement indiqué.</p> <p>L'état des lieux d'entrée dans la chambre n'est pas systématiquement annexé au CDS.</p> <p>Le livret d'accueil porté à connaissance de la mission est daté d'octobre 2021 avec un mot de la directrice en poste. Le livret d'accueil aborde :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ la présentation de la fondation et celle de l'établissement</li> <li>○ l'admission</li> <li>○ le projet d'accompagnement personnalisé</li> <li>○ les prestations proposées</li> <li>○ la vie sociale</li> <li>○ les tarifs</li> <li>○ les droits des résidents</li> </ul>		

<sup>9</sup> HAS, ex-ANESM « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil », 2009

Points abordés et constatés lors de l'inspection	0 / C	N/ NC	EIR	Commentaires Réf.
Projets Personnalisés de vie : procédure d'élaboration (démarche participative) ? calendrier d'actualisation ? sont-ils présentés aux soignants ?  Examiner 3 dossiers par établissement parmi les personnes aînées de préférence ou déambulantes.				<p>La charte des droits et libertés de la personne accueillie y est annexée.</p> <p>Remarque n° 4 : Le livret d'accueil n'est pas actualisé tant sur les changements intervenus au sein de la direction que sur les horaires d'accueil, lesquels mentionnent une ouverture du lundi au vendredi de 9h à 13h puis de 14h à 19h alors que l'horaire de fermeture est désormais 18h (l'affiche à l'entrée de l'EHPAD précise les horaires, confirmés par les propos recueillis).</p>
Comment sont maintenues les relations affectives avec la famille ou les proches ? Par exemple : élément d'accompagnement, encouragé par différentes pratiques (albums de photographies, échanges de courriers...?)				<p>Il n'existe pas de procédure du PAP. Toutefois, le projet d'établissement expose le processus d'élaboration du PAP. Lors des entretiens, il ressort que la psychologue consacre une grande partie de son mi-temps de travail à la rédaction et actualisation de ces PAP.</p> <p>Les PAP ne sont pas dans les dossiers usagers. Les PAP non signés ont pu être extraits du logiciel de soins. À noter qu'avant, il y avait 2 psychologues qui se partageaient un temps plein mais depuis le départ de l'une d'entre elle, la psychologue est seule sans augmentation de son temps de travail. La direction a indiqué que le recrutement de mi-temps de psychologue est en cours. La communication de cette information ne semble pas avoir été faite en interne car il ressort d'autres entretiens qu'un temps de psychomotricien devait se substituer au temps de psychologue.</p>
Analyse des accompagnements et accueil interrompus ? motifs ?				<p>L'établissement n'a pas mis en place de dispositif de journal ou album de photographie partagé en ligne. Il ressort néanmoins de l'ensemble des entretiens que les familles sont dans l'ensemble très présentes et visitent régulièrement leurs proches, y compris dans la semaine après le travail, ce qui explique les demandes de plage horaire amplifiée pour le soir.</p> <p>Les résidents peuvent envoyer des courriers en les confiant à l'accueil qui se charge de l'envoi et la distribution du courrier se fait lors des repas en semaine.</p> <p>La mission n'a pas eu connaissance d'accueil interrompu, si ce n'est des périodes d'hospitalisation de résidents.</p>

<sup>10</sup> HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement », 2011 et « Les attentes de la personne âgée et le projet personnalisé », 2008

### 5.3 La communication avec les familles et le CVS

#### Communication avec les familles :

La mission a constaté le jour de la visite qu'il n'y avait pas de recueil de réclamations à destination des familles. Les doléances sont ainsi remontées par échanges de mails avec l'équipe de direction. Par ailleurs, l'ARS a été destinataire de 7 réclamations sur la période 2019-2022 dont 2 en 2022 et a réceptionné 6 signalements d'événements indésirables sur cette même période 2019- 2022 dont 2 en 2022 qui sont les doublons des 2 réclamations. L'agence a également été destinataire des CR de CVS non validés par la direction et transmises directement par des représentants de familles concernant l'année 2019. Ce niveau de remontées de réclamations par des familles auprès de l'autorité de contrôle atteste d'une communication difficile entre l'établissement et plusieurs familles. Il ressort par ailleurs des entretiens effectués par la mission avec des familles de résidents suite à la visite sur site que le départ de l'ancienne directrice fin septembre 2022 a été mal vécu faute de communication et d'explications sur les raisons de son départ.

Interrogée par la mission sur les raisons du départ de l'ancienne directrice, la direction générale de l'association n'a pas donné d'explication précise. Le CR du CSE du 29 juin 2022 a néanmoins apporté un éclairage sur la situation de l'EHPAD Amaraggi, et les tensions RH. Il en ressort le choix par la direction générale de réinstaurer des directions temps plein sur les EHPAD.

Certains entretiens font état d'absence de communication et d'explications sur les changements d'horaire de fermeture de l'accueil à 18h (présence de personnel jusqu'à 20h auparavant) entraînant des difficultés pour avoir accès aux locaux en soirée (les familles devant alors disposer de badges, dont le nombre ne serait pas suffisant pour répondre à l'ensemble des demandes exprimées par les familles). Ces modifications du règlement de fonctionnement n'ont pas été présentées en CVS et sont vécues par les familles comme une régression de leur droit de visite de leurs parents.

Il ressort des entretiens avec les familles que la communication entre les familles et les soignants, et entre les familles elles-mêmes n'est pas encouragée par la direction, créant ainsi des inquiétudes quant à la prise en charge des résidents.

Enfin, des témoignages d'inquiétude se sont exprimés sur une crainte de la dégradation du climat général avec un durcissement des règles de fonctionnement et d'accès à l'EHPAD [REDACTED]. Certaines familles ont qualifié l'ambiance d'anxiogène avec des modifications d'attitude de personnel moins ouvert à la communication qu'avant.

Pour autant, le sujet de la communication avec les familles est un sujet de préoccupation de la direction qui met en œuvre des moyens pour son amélioration, comme en atteste l'envoi de la moitié du personnel en formation sur cette thématique, laquelle s'est déroulée en 2022 sur 2 jours à distance l'un de l'autre. Les membres du personnel entendus en entretien ont déclaré leur satisfaction sur cette formation répondant à leurs besoins.

La communication avec les familles constitue également un des objectifs de la convention tripartite signée en 2015. Il s'agit d'un sujet historique de préoccupation au sein de l'établissement : déjà les conclusions de l'évaluation interne de 2013 aboutissaient sur ce sujet aux préconisations suivantes :

- Mettre en place des réunions d'échange avec les familles
- Formaliser et diffuser de larges horaires des visites des familles

Il convient de noter que le projet d'établissement 2020-2024 met en relief la place des familles et des représentants légaux et comporte plusieurs chapitres qui leur sont consacrés.

Y sont notamment prévues les modalités d'accompagnement des familles lorsque l'état de santé d'un résident se dégrade, avec « une équipe davantage à l'écoute et disponible pour entretenir un dialogue apaisant avec la famille (...). Un soutien psychologique avec les psychologues de l'établissement est proposé aux proches. Une organisation spécifique et une plus grande souplesse dans le travail aident également à limiter la détresse des proches (...) »

S'agissant de la prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée et de son entourage, il est précisé : « Concernant la souffrance psychique de l'entourage du résident, il faut chercher à mettre en confiance la famille du résident, montrer une présence rassurante et notre disponibilité autant que possible. Cette souffrance psychique peut être liée à un manque d'information, à une culpabilité ou encore à la méconnaissance de la prise en charge. La famille peut être reçue par la psychologue, la cadre de santé et la directrice. »

Toutefois, l'organigramme figurant au projet d'établissement prévoit 1,5 ETP de psychologues alors que le jour de la visite le temps effectif est de 0,5 ETP.

Le défaut de communication ou sa qualité altérée constituent un constat sur lequel s'accordent les représentants de l'EHPAD et les familles entendues en entretien.

Remarque n° 5 :

Il n'existe pas de procédure formalisée de recueil et de traitement des réclamations. Par ailleurs, la mission a pu constater que la communication mise en œuvre auprès des familles par la direction est altérée, elle ne correspond pas à des règles et procédures clairement établies, mais répond davantage à des circonstances liées aux situations rencontrées.

Le CVS :

Les dernières élections du CVS ont eu lieu en janvier 2022. La mission d'inspection a pu prendre connaissance du procès-verbal du résultat des élections des membres du CVS.

La composition est la suivante :

- Représentants des familles : 2 titulaires et 2 suppléants
- Représentant des résidents : 1 titulaire et 1 suppléant

Il est à noter que si le nombre de trois réunions en 2021 est conforme à ce que prévoit la réglementation, le CVS ne s'est réuni qu'une seule fois en 2022 (le 23 mai 2022).

La formalisation du compte-rendu ne précise pas qui est le secrétaire de séance tel que le prévoit l'article D311-20<sup>11</sup> du CASF.

Les témoignages de familles de résidents font par ailleurs état de dysfonctionnements au niveau du CVS : certaines contestent la façon dont se sont déroulées les élections et de ce fait considèrent que le CVS ne peut jouer son rôle car les représentants élus sont insuffisamment à l'écoute des difficultés remontées par des familles.

<sup>11</sup> Article D311-20 : Le relevé de conclusions de chaque séance est établi par le secrétaire de séance, désigné par et parmi les personnes accompagnées ou, en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi les représentants mentionnés aux 1<sup>o</sup> à 4<sup>o</sup> II de l'article D. 311-5, 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 et à l'autorité administrative compétente pour l'autorisation.

Chaque année, le conseil de la vie sociale rédige un rapport d'activité que le président du conseil de la vie sociale présente à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire de l'établissement.

Toutefois, la mission n'a pas d'observations à émettre quant aux éléments transmis par la direction au sujet du déroulé des élections ; notamment le PV du résultat des élections des membres du CVS au 27 janvier 2022 n'appelle pas d'observations particulières.

Selon les personnes entendues, le CVS ne jouerait pas son rôle d'intermédiaire entre les familles et la direction, et ne constitue pas une instance de communication entre les familles et la direction, propice au dialogue et aux échanges sur le fonctionnement de l'EHPAD.

En outre, les comptes rendus ne seraient pas communiqués et les résidents et leurs familles ne seraient pas associés à l'élaboration de l'ordre du jour.

Il est à noter que le projet d'établissement de la résidence Amaraggi couvrant la période 2020-2024 fait état d'axes d'amélioration sur le CVS. Les pistes sont les suivantes :

- Ajouter systématiquement les coordonnées des représentants du CVS à la fin des comptes rendus (délai fin 2019)
- Transmettre le mail actualisé des familles aux membres du CVS et les informer lors d'un décès (délai fin 2019)

Enfin, la mission a constaté que le règlement intérieur du CVS affiché concerne la période 2017-2020. Les textes prévoient qu'après chaque élection « Le conseil établit son règlement intérieur dès sa première réunion » (Article D311-19<sup>12</sup> du CASF).

Écart n° 4 :

Le règlement intérieur du CVS n'a été ni actualisé ni adopté par le CVS constitué à la suite des élections de janvier 2022. Les compte-rendu de CVS ne précisent pas le secrétaire de séance.

Le CVS ne s'est réuni qu'une seule fois en 2022.

#### 5.4 La gestion des réclamations et des événements indésirables et la politique de la bientraitance

La mission d'inspection a constaté que ni la liste des personnes qualifiées ni le numéro national de lutte contre la maltraitance (3977) n'étaient affichés.

Remarque n° 6 :

La liste des personnes qualifiées et le numéro national de lutte contre la maltraitance ne sont pas affichés.

Par ailleurs, une procédure de signalement des événements indésirables a été transmise par la direction. Sur ce document, seule l'ARS est indiquée comme autorité de contrôle à informer. Il convient également de tenir informée la Ville de Paris de tout évènement indésirable.

Le bilan des événements indésirables n'a pas fait l'objet de présentation en CVS.

<sup>12</sup> Art. D311-9 CASF : Le conseil établit son règlement intérieur dès sa première réunion.

Remarque n° 7 :

La procédure de signalement des évènements indésirables doit être actualisée et mentionner la Ville de Paris comme autorité à informer.

Écart n° 5 :

Le bilan des évènements indésirables ne fait pas l'objet de présentation en CVS.

Enfin, concernant la politique de bientraitance, aucune formation sur cette thématique n'apparaît sur le plan de formation 2021 et 2022. Il est à noter que des crédits non reconductibles (plus de [REDACTED] €) ont été notifiés en fin d'année 2022 par l'ARS pour des formations dont une sur la prévention des maltraitances et le concept de bientraitance. Ces crédits ont vocation à être utilisés pour des formations 2023.

Remarque n° 8 :

L'absence de formations régulières dispensées à l'ensemble des professionnels sur la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS (ex-ANESM).

Grille de contrôle/Communication interne avec les résidents et les familles et modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance :

1. LA COMMUNICATION AVEC LES FAMILLES ET LE CVS			
Des réponses aux familles (écrites ou autres modalités) sont-elles faites lors de sollicitations écrites émises par les familles ? <i>Cf. Cahier de doléance, mais spécifique, formulaire internet, rencontre avec une personne en particulier (« référent »)</i>		Il n'existe pas de cahier de doléances. Il s'agit des entretiens avec les familles des résidents que les sollicitations par écrit se font par mail. L'ancienne directrice était l'interlocutrice privilégiée. Il a été indiqué à la mission le jour de l'inspection qu'il existerait un classeur interne mais celui-ci n'a pas été présenté.	L. 311-3, 5°, CASF <sup>13</sup> L. 1110-4, CSP (secret des informations médicales)
Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ? <i>Entretien avec le Pdt CVS et/ou un membre représentant les résidents ou les familles à p, coordonnées de ses membres et des représentants des familles.</i>		Le CVS est composé de : - 2 représentants titulaires et 2 suppléants des familles - 1 représentant titulaire et 1 suppléant des résidents Les dernières élections ont eu lieu en janvier 2022. Le CVS s'est réuni 3 fois en 2021 (janvier, avril et décembre). En 2022, il ne s'est réuni qu'une seule fois en mai.	D. 311-4 à 20
2. LA GESTION DES RECLAMATIONS ET DES EVENEMENTS INDESSIRABLES ET LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE			
L'établissement a-t-il réalisé une auto-évaluation au regard du bien-être des résidents et du respect de leurs droits ? En dehors des formations, existence d'un plan d'action portant sur la prévention de la maltraitance (à lier avec l'axe qualité), quid du partage de ces actions avec les équipes ? sont-elles réévaluées ?		L'établissement n'a pas réalisé d'auto-évaluation au regard du bien-être des résidents et du respect de leurs droits. La direction indique que l'établissement met en place la méthode « Carpe Diem ».	Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007, circulaire DGCSISD2A/2014/58 du 20 février 2014 et HAS <sup>14</sup>

<sup>13</sup> Article L. 311-3 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 : (...) 5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires (...) »

<sup>14</sup> HAS, ex-ANESM « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », 2008 ; « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », 2008

Affichage liste des PQ, n°tél 3977/ALMA ?	R	La liste des personnes qualifiées ainsi que le numéro de téléphone 3977/ALMA n'étaient pas affichés.	Cf. obligations de sécurité de l'article L311-3 CASF & recommandations de bonne pratique HAS
Mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes ?	R	La direction a transmis une procédure de signalement, d'enregistrement et de traitement d'un événement indésirable en date de 2018. Celle-ci ne prévoit pas la transmission des EI à la Ville de Paris, autorité de contrôle. Selon les entretiens avec les salariés et les familles, les réclamations se font plutôt par mail.	
Existe-t-il une procédure de recueil et de traitement des réclamations ? quid des signalements (documenter) ?			
Les réclamations sont elles l'objet d'une réponse écrite ?		Il ressort des entretiens avec des familles de résidents que les réclamations faites par mail ne font pas systématiquement l'objet d'une réponse. Ce point a été abordé lors du CV/S du 23 mai 2022, d'après le CR transmis à la mission d'inspection.	
Quid des signalements ? (documenter)		La procédure « événement indésirable » transmise mentionne la création de fiche EI dans le logiciel Bluekango® et de fiche action si nécessaire.	L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016
Existe-t-il un support ou logiciel métier de recueil et suivi des EI ?		La direction de l'établissement informe la mission que les déclarations des EI par les soignants se font majoritairement à l'oral à la direction, qui remplit alors une fiche Bluekango®. Les mesures correctrices sont alors discutées en réunion d'équipe. 2 réunions spécifiques sur les EI se sont tenues.	
Qui l'alimente ? un mode d'emploi est-il disponible ?		Les EI étaient à l'ordre du jour d'une réunion de service en date du 13/10/2022 (analyse et conduite à tenir) d'après les documents transmis.	
Des cas de maltraitance ont-ils été identifiés au sein de l'EHPAD ?		Des faits de maltraitance ont été identifiés par la cadre de santé datant de 2019-2020. Ils ont fait l'objet d'avertissement et de licenciement mais pas de signalements aux autorités ni au Procureur de la République.	Article 434-3 du Code Pénal
ont-ils été répertoriés ? signalés aux autorités ? fait l'objet d'un signalement au Procureur de la République ?			
Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance (repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque, plan de formation adapté, plan de soutien des personnels...) ?	R	Il n'existe pas de politique formalisée de promotion de la bientraitance. Les plans de formation 2021 et 2022 ne font pas mention de formation à la bientraitance.	

---

## 6 DISPENSATION DES PRODUITS, DISPOSITIFS ET PRESTATIONS FIGURANT DANS LA LISTE RELEVANT D'UN FINANCEMENT AU TITRE DES FORFAITS SOINS ET DEPENDANCE

### 6.1 Les prestations hôtelières

Locaux :

La mission constate que les locaux nécessitent d'importants travaux de rénovation (cf. photos ci-dessous).

Ainsi dans la cuisine, la mission a pu remarquer entre autres des prises de courant arrachées, une fuite d'eau provenant d'un lave-vaisselle, des dégradations liées à des infiltrations...

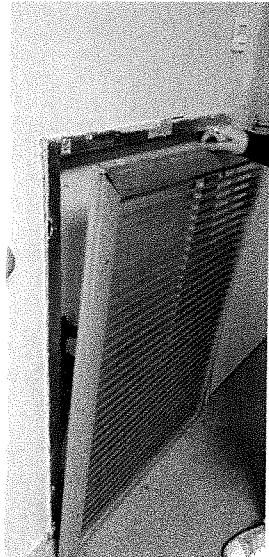
Il a été indiqué à la mission que la cuisine avait fait l'objet d'une visite des services de la Direction départementale de la protection des populations de Paris (DDPP) le 25 octobre 2022 et que l'établissement était en attente du rapport d'inspection.

La mission relève que la salle de pause du personnel au RDC est sale (tables et placards de la cuisine sales, réfrigérateur avec denrées alimentaires en état de pourrissement, problèmes de plomberie avec seau d'eau croupie et odeurs nauséabondes). Il existe un autre espace au 4<sup>e</sup> étage donnant sur terrasse avec fauteuils de massage qui peut être utilisé pour le repos mais il s'agit aussi d'une salle de réunion qui n'est pas toujours disponible, selon les entretiens recueillis.





Concernant les parties communes, la mission a également pu constater un état dégradé des locaux qui peuvent présenter un danger pour les résidents et les salariés (cf. grille de désenfumage).





(Toilettes du personnel au 4<sup>e</sup> étage)

Par ailleurs, il a également été observé dans certaines chambres des prises arrachées, des fils dénudés pouvant là aussi présenter un danger pour les résidents et les salariés.





En outre, dans une chambre du 2<sup>e</sup> étage, le câble antenne de la télévision était sectionné ne permettant pas au résident de la chambre d'y avoir accès.

Enfin, des fenêtres du salon d'étage du 2<sup>e</sup> ne peuvent pas être fermées, les poignées sont cassées.

Remarque n° 9 :

La mission constate un défaut d'entretien, de réparation et de sécurisation des locaux et des équipements par ailleurs vétustes.

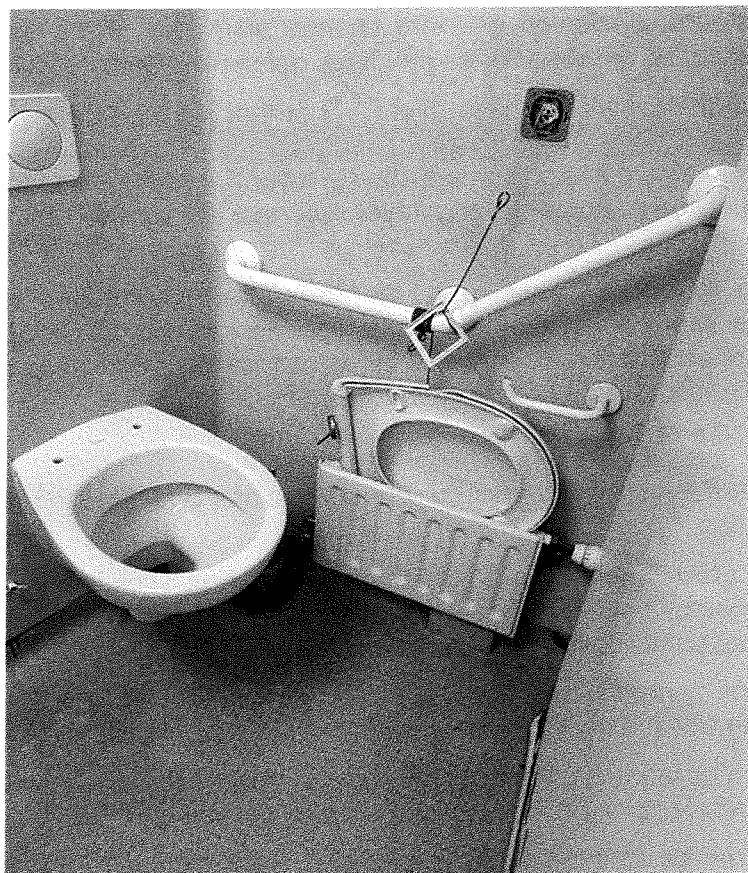
Appels malades :

Le système d'appel malade de l'établissement est défectueux.

En effet, la mission a procédé à des tests dans plusieurs chambres. Pour certains appels, aucun personnel ne s'est déplacé. Pour un appel, le report sur les téléphones ne s'est effectué que 10 minutes après l'appel, un personnel s'est alors déplacé.

En outre, le système d'appel malade tel qu'il est actuellement prévu dans les chambres ne permet pas au résident de savoir si l'appel a bien été effectué (pas de lumière ou de bruit informant de la réussite de l'appel). Il n'existe pas non plus de système d'enregistrement des appels.

Par ailleurs, dans une chambre, l'appel malade dans la salle de bain est rendu inaccessible par la lunette des toilettes posée sur un radiateur.



Enfin, il est à noter que la direction a informé la mission que le système d'appel malade allait être changé et que l'installation du nouveau système était prévu mi-novembre 2022 (devis transmis).

Écart n° 6 :

Le système d'appel malade est défaillant : fonctionnement défectueux, absence d'enregistrement des appels et donc de contrôle des délais de réponse. A l'occasion de tests, la mission a pu constater, lorsque l'appel fonctionnait, un délai de réponse supérieur à 10 minutes, voire une absence de réponse aux appels. Cela compromet la sécurité des personnes prises en charge et contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 du CASF.

Animation :

Un animateur a été recruté en juillet 2022 à mi-temps après une vacance de poste de plus de 6 mois.

Il est présent tous les après-midis du lundi au vendredi et 1 dimanche par mois. Lorsqu'il travaille le dimanche, il n'est pas présent le mercredi ni le vendredi.

Il indique à la mission que 3 temps d'animation sont prévus par jour, deux animations courtes en début et fin d'après-midi et une animation plus longue après le goûter.

Il informe la mission qu'il souhaite mettre en place une commission d'animation à laquelle il envisage de convier les résidents.

Il souhaite également créer un partenariat avec les scouts juifs et des écoles.

Il informe par ailleurs la mission qu'avant chaque animation, il fait un rappel aux aides-soignantes pour qu'elles descendent les résidents qui seraient intéressés par les animations.

En outre, il est indiqué dans le PV du dernier CVS de mai 2022 que [REDACTED]

[REDACTED] mais ce qu'ils ne savent pas c'est que les animations ne sont pas comprises dans le loyer. Une note sera faite au sujet de ce qui est compris et ce qui ne l'est pas dans un loyer pour que les familles et les résidents puissent comprendre ».

**Il est rappelé à l'établissement que l'animation fait partie des prestations sociales incluses dans le tarif hébergement** comme indiqué dans le décret no 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

L'établissement a transmis les plannings des animations pour la période du 17 octobre au 13 novembre 2022.

Il ressort de ces plannings que les trois temps d'animation quotidiens ne sont pas toujours respectés. Par ailleurs, il est noté la part importante de l'activité « écoute de musique » (2 ou 3 fois par semaine) dans l'ensemble des animations.

Cette animation ne permet pas une participation active des résidents. Ce point est d'ailleurs ressorti lors des entretiens menés avec des familles de résidents.

Il est à noter que l'absence d'animation le dimanche est également regrettée par l'ensemble des familles des résidents avec lesquelles la mission s'est entretenue.

Il ressort également des témoignages qu'une absence de communication avec les équipes soignantes ne permet pas aux familles de savoir si leur parent, quand il est en incapacité de s'exprimer, a participé à une animation ou non.

**Remarque n° 10 :**

Aucune animation n'est prévue systématiquement le dimanche. Les animations proposées ne garantissent pas une participation active et une stimulation suffisante des résidents.

**Restauration :**

Les horaires des repas sont les suivants :

- Petit déjeuner : A partir de 8h
- Déjeuner : 12h
- Goûter : 15h
- Diner : 18h dans les étages et à 18h30 en salle à manger

Des familles de résidents se sont plaintes à la mission d'inspection que les repas ne sont pas assez variés, pas assez équilibrés, trop maigres ou trop salés et le dessert très souvent oublié.

L'étude du planning des menus transmis pour la période du 24 octobre au 27 novembre 2022 montre en effet que des plats tels que quiche, borekas aux pommes de terres ou omelette peuvent être servis à une semaine d'intervalle voire 2 fois dans la même semaine.

Par ailleurs, la proposition systématique de collation du soir n'a pas pu être établie par la mission. Le projet d'établissement indique une collation proposée sur demande à partir de 20h

et durant toute la nuit. Ainsi au regard des horaires de repas appliqués, il s'écoule plus de 12h entre la fin du dîner et le petit déjeuner.

**Remarque n° 11 :**

La durée du jeûne nocturne est supérieure à 12h.

Réf. Circulaire DSS/DS1/MCGR no 2010-473 du 9 novembre 2010 relative aux priorités de gestion du risque en EHPAD et Recommandation du GEM-RCN, Ministère de l'économie, 2015

**Remarque n° 12 :**

La diversification des menus d'une semaine à l'autre est insuffisante.

Lors de l'observation du temps de repas, les membres de la mission ont noté que certains personnels se tenaient debout lors de l'aide au repas en salle à manger. Cette posture n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS<sup>15</sup>, lesquelles préconisent d'être assis à côté de la personne.

**Remarque n° 13 :**

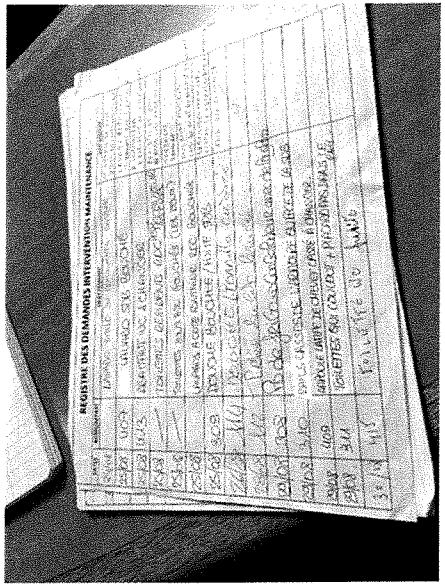
Les personnels en charge de l'aide à la prise aux repas ne sont pas assis et ne respectent pas systématiquement les bonnes pratiques professionnelles. Réf : Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en EHPAD, Ministères de l'agriculture et des affaires sociales, 2019

<sup>15</sup> HAS, ex-ANESM, Fiche repère « Sécurité alimentaire, convivialité et qualité de vie, les champs du possible dans le cadre de la méthode HACCP» (mars 2018)

**Grille de contrôle/Dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance :**

Points abordés et constates lors de l'inspection	O / C	N/ NC	EIR	Commentaires	Réf.
<b>1. LES PRESTATIONS HOTELIÈRES</b>					
Visite des locaux : circulation PMR (horizontale et entre niveaux) avec systèmes d'aide à la prévention des chutes (barres d'appui, sièges fixes ergonomiques) ? accessibilité des ouvertures adaptée à la population accueillie (portes et fenêtres) et système anti-fugues ? sécurisation de l'UP, des locaux techniques ? sécurité incendie (affichages) ? <i>Cf. Registre de sécurité</i>	0			Les locaux sont accessibles pour les personnes à mobilité réduite. Des barres d'appui sont présentes. Dans un ascenseur, le siège pliant a été retiré. Les conduites à tenir en cas d'incendie sont affichées.	L_311-3, CASF HAS 2011 <sup>16</sup>
Entretien général des locaux ? Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et des petits travaux quotidiens ? <i>Cf. Protocoles d'hygiène et collecte/stockage/élimination des déchets ménagers/DASRI</i> ?	R			Les locaux sont vétustes et ne sont pas correctement entretenus. (cf supra) Il existe un suivi des réparations et des petits travaux quotidiens. Un cahier se situe à l'accueil. Des dates d'interventions sont inscrites pour la période de 08/09 au 15/09. Par ailleurs, des feuilles volantes avec des dates d'intervention du 24/08 au 12/10 étaient insérées dans le cahier. Un technicien de maintenance est présent dans les effectifs mais en arrêt maladie le jour de l'inspection. Un technicien du siège peut également intervenir. Toutefois, le responsable des travaux au siège a reconnu ne pas disposer de la liste de l'ensemble des travaux à effectuer au sein de l'EHPAD Amaraggi en raison de la récurrence ou prolongation des arrêts maladie des personnes en charge de la remontée des travaux [REDACTED]	

<sup>16</sup> HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 2), organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » et « Qualité de vie en EHPAD (volet 3), la vie sociale des résidents en EHPAD », 2011

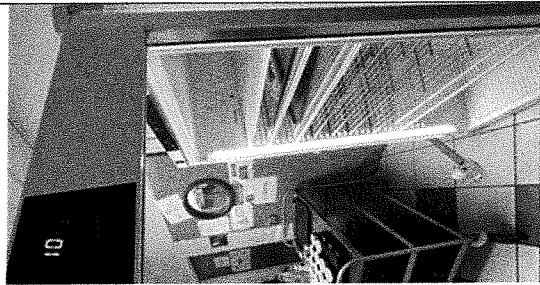
Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N/ NC	E/R	Commentaires	Ref.
					
Gestion du linge à plat et du linge personnel des résidents : l'organisation mise en place donne-t-elle lieu à un recueil de l'attendu et de la satisfaction des résidents et de leur famille (ramassage, délai du rendu) ?				Comme visible sur les photos, il y a plusieurs supports de signalement et de suivi des interventions. Des feuilles volantes datées du 24 aout 2022 (pas de date antérieure) au 12 octobre 2022 (pas de date postérieure) et un cahier avec quelques dates de notées.	
				Le linge plat est traité par la société [redacted] le linge des résidents et les tenues du personnel sont traités par la société [redacted] sur place. Il n'a pas été fait mention à la mission d'inspection que la gestion du linge faisait l'objet d'une enquête de satisfaction.	

49/103

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.	
Cf. Procédures des circuits, du stockage propre/sale et linge souillé/contaminé ?  Quelle est la fréquence des toilettes eu égard aux ressources humaines disponibles ainsi qu'aux habitudes de vie des personnes accueillies ? Existe-t-il un planning prévisionnel et une traçabilité ?				Des procédures relatives à la gestion du linge [REDACTED] sont affichées dans les locaux dédiés.  Un planning hebdomadaire pour les AS prévoit au minimum des douches le lundi, le mercredi et le vendredi.  Dans les fiches de lâche, on peut voir qu'elles disposent toutes de 2h15 dédiées aux toilettes  Sur la base d'un taux d'occupation à 100% (80 résidents) et d'une répartition égale du nombre de toilettes entre soignantes (10 soignantes par jour), 17 minutes sont consacrées à chaque toilette.  (2h15 /8 toilettes = 16,8 minutes).  Les actes et activité des AS ne sont tracés que dans le logiciel de soin en cochant l'acte.  Dans les plans de soins observés, ces actes ne sont pas cochés. Il n'existe pas d'autre traçabilité pour les toilettes sur l'établissement. Les toilettes ne sont donc pas tracées.	Permet d'estimer le temps passé par toilette (ex : 14 toilettes en 1h30, ça fait 6 minutes par toilette)	
Aide au repas : organisation ? horaires dîner et petit-déjeuner (durée du jeûne) ? Collation disponible ?				Le petit déjeuner est servi à partir de 8h. Le déjeuner est servi à 12h et le dîner est servi à 18h30 en salle de restaurant et à 18h dans les étages. Il a été transmis à la mission un tableau par étages des résidents à qui une collation nocturne doit être distribuée. Il n'est pas proposé systématiquement de collations aux autres résidents.  L'aide au repas est bien mentionnée dans les plans de soins, cependant, la traçabilité de ces actes n'est pas assurée.	Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS  Annexe 2-3-115 / D. 312-159-2 CASF et RBP HAS <sup>17</sup>	
				Lors de l'observation du repas, la mission a pu noter que le cuisinier ne disposait pas d'une liste pré établie avec les textures des résidents. Ce sont les professionnels en salle qui indiquent quels résidents nécessitent un régime particulier. Il a également été observé que certaines soignantes donnent à manger debout aux résidents. Cela a été constaté dans la salle à manger du RDC mais également dans une salle à manger de l'étage : Une résidente agitée criait et la soignante debout de côté était en train de tenter de lui donner à manger.		

<sup>17</sup> HAS, ex-ANESM, Fiche repère « Sécurité alimentaire, convivialité et qualité de vie, les champs du possible dans le cadre de la méthode HACCP» (mars 2018)

Points abordés et constatés lors de l'inspection	0 / NC C	EIR	Commentaires	Ref.
			Lors de l'observation du repas, la mission a également pu noter que le réfrigérateur présent dans la salle à manger du RDC était resté ouvert avec des denrées à l'intérieur. La température affichée était de 10 degrés. Il n'y avait pas de feuille de traçabilité de sa température.	



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
<b>6.2 Les achats de consommables</b>					
Quelles sont les modalités de gestion des changes (fréquence, planning, protocole) ? Est-ce que l'accompagnement aux sanitaires est réalisé à la demande ?				Il est indiqué à chaque étage le nombre de changes par jour et la taille des protections pour chaque résident. Les changes sont bien notés dans les plans de soins. Cependant, la réalisation de cet acte n'est pas tracée par les soignantes.	
Achats de produits de diététique enrichis pour lutter contre la dénutrition et d'eaux gélifiées pour les résidents ayant des troubles de la déglutition en 2019 et en 2021 (factures) ?				La prise de compléments nutritifs oraux (CNO) est bien inscrite dans les plans de soins. Cependant, cet acte n'est pas coché par les équipes soignantes sur le logiciel, et l'effectivité de la mise en œuvre ne peut être tracée.	
<b>6.3 L'équipement médicalisé et les installations à visée thérapeutique</b>					
Locations de lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres (mémory de forme ou à air) en 2019 et en 2021 ?				L'établissement a transmis les factures concernant la location de matelas anti-escarres pour les mois de janvier à novembre 2020.	
Lèvres-personnes et chariots douches disponibles ?				Un compte rendu de réunion d'équipe en date 4 mai 2021 fait mention d'une formation à l'utilisation des lève-malades prévue le 10 mai 2021	
Nb de personnels formés à leur utilisation et date de formation ?				Il n'a pas été communiqué le nombre de personnels formés à l'utilisation des rails de transfert. Un compte rendu de réunion d'équipe du 2 février 2021 fait mention d'une formation à l'utilisation des rails de transfert le 8 février 2021	
Chambres équipées de rails ?					
Nb de personnels formés à leur utilisation et date de formation ?					
Espace Shoezelen, salle de rééducation, balnéothérapie : état des lieux et fréquentation prévisionnelle/réalisée en 2021 et 2022				Une salle de balnéothérapie est située au 3 <sup>e</sup> étage. Le planning des AS indique que des activités balnéothérapie sont prévues tous les jours sauf le dimanche. En pratique, selon les entretiens, ce sont 2 résidents par semaine par étage qui peuvent y accéder, soit 8 résidents par semaine pour l'ensemble de la résidence, ce qui porte la fréquence à une fois tous les 2 ou 3 mois par résident.	
Nb de personnes formées à l'activité Shoezelen et date de formation				La mission d'inspection a observé la préparation d'une séance de balnéothérapie par une soignante pour une résidente qui attendait devant la porte avec une deuxième soignante.	

# ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA DISPENSATION DES SOINS - PRISES EN CHARGE MÉDICALE ET SOIGNANTE

## 7.1 Les locaux et installations dédiés aux soins

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Locaux de soins	Nombre de postes de soins dans l'établissement	X		Il y a 2 postes de soins : au 1 <sup>er</sup> et 4 <sup>e</sup> étages	
Locaux de soins	Poste de soins autonome si UYP			Les locaux sont propres et entretenus	
Locaux de soins tracé	Local de soin propre et entretenu, nettoyage			Une pailasse est disponible pour préparation des soins	
Locaux de soins	Pailasse pour la préparation des soins			Des collecteurs DASRI et OPCJ sont présents dans le poste de soins. Les collecteurs ouverts comportent la mention de la date de mise en service	
Locaux de soins le local de soins	Collecteurs DASRI OPCJ et carton rigide dans le local de soins				
Dossiers de soins	Rangement des dossiers de soins des résidents dans une armoire non fermée à clé contrevent aux	X	X	<p>La composante papier des dossiers médicaux est rangée sous forme de classeurs (un classeur par résident) au sein d'une armoire située dans chacun des postes de soins (dossiers médicaux des résidents du 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> étages dans le poste de soins du 1<sup>er</sup> étage ; du 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> étages dans le poste de soins du 4<sup>e</sup> étage). Ces armoires ne sont pas fermées à clé. Où, le personnel soignant et le personnel de nettoyage (via un badge) ont donc potentiellement accès à ces informations médicales.</p> <p>Concernant l'accès à la composante informatisée du dossier médical et soignant, sur [REDACTED] chaque agent (y compris les deux IDE vacataires rencontrées en entretien) dispose d'un code d'accès qui lui est propre et en fonction de sa catégorie professionnelle a accès, en lecture et en écriture, à certaines informations. La cadre de santé a indiqué qu'elle créait des codes immédiatement pour tout nouveau professionnel soignant.</p> <p>Écart n° 7 :</p> <p>L'accès aux dossiers médicaux des résidents en version papier n'est pas sécurisé et ne permet pas de garantir la confidentialité des informations médicales.</p>	
Limitation de l'accès au local pharmacie et aux médicaments sécurisés		X	X	<p>Les médicaments sont stockés dans le poste de soins. Concernant le stock tampon et le stock hors piluliers, ils sont rangés au sein d'une armoire qui ferme théoriquement à clé (mais qui, au 4<sup>e</sup> étage, ne ferme pas car le volet roulant de l'armoire était cassé, un post-it daté du 13 octobre 2022 mentionnant qu'il ne fallait</p>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>pas la fermer). Ainsi, les personnels non autorisés (AS, personnel d'entretien) peuvent avoir accès à ce stock tampon.</p> <p>Les médicaments ensachés sont rangés dans des chariots à médicaments qui ferment par code.</p> <p>L'accès aux deux coffres à stupéfiants est sécurisé : ceux-ci, identiques, sont accessibles via une serrure dont chaque clé est conservée, dans les postes de soins respectifs, au sein d'un mini-coffre à code, dont seules les IDE et la cadre de santé ont connaissance.</p> <p>Écart n° 3 :</p> <p>Le stockage des médicaments du stock tampon et du stock hors piluliers n'est pas sécurisé et permet à des personnes non autorisées d'y avoir accès.</p>	

## 7.2 Les missions du médecin coordonnateur

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
ETP MedCo figurant sur le contrat de travail en rapport avec la capacité	X			[REDACTED] le MedCo est employé à hauteur de 0,5 ETP. Cette quotité de temps de travail est conforme à la réglementation le jour de la visite. Attention au changement de réglementation au 1 <sup>er</sup> janvier 2023.  En entretien, le MedCo a indiqué travailler à temps plein pour la fondation CASIP, son temps se répartissant à 50/50 entre l'EHPAD Amaraggi et un autre EHPAD situé à Créteil.	D312-156, et 312-159-1 CASF
MedCo avec diplôme en gériatrie/ ou DU de medco ou formation continue medco	X			Le MedCo indique être gériatre. Il possède par ailleurs des diplômes en endocrinologie et médecine interne (transmis à la mission).	D312-157 CASF
MedCo prescripteur pour N résidents ?	X	E		Le MedCo est également médecin prescripteur [REDACTED]  Une autre médecine gériatre assure également 1,5 vacation par semaine de médecin prescripteur, [REDACTED]  Les responsables de l'EHPAD n'ont pas signé de contrat avec les médecins prescripteurs, ce qui ne respecte pas la réglementation.  Écart n° 9 :  Les responsables de l'EHPAD n'ont pas signé, avec les médecins prescripteurs, de contrat-type, prévu dans l'annexe de l'arrêté du 30 décembre 2010.	D312-159-1  Ce suivi est
Date dernier RAMA établi	X			Aucun RAMA n'a été formalisé, à minima depuis 2018.  Le MedCo a indiqué qu'il travaillait sur un constat et des perspectives. Il a transmis à la mission le plan général du document en indiquant qu'une partie du texte était rédigée mais non encore relue (donc non transmise). Ce document ne correspond pas à un RAMA mais les réflexions envisagées peuvent s'inscrire dans une démarche d'analyse des pratiques et de bilan pour l'élaboration du projet de soins de l'établissement.	D312-155-3 al 9
Les médecins traitants suffisent à assurer les prescriptions ?	X			Sur les 75 résidents présents le jour de l'inspection, 7 médecins libéraux de ville assurent le suivi de 10 résidents. Tous les autres résidents (65) sont suivis par les deux médecins prescripteurs (représentant 3 vacances par semaine).  En cas d'urgence, si un médecin traitant (MT) extérieur ne peut se déplacer rapidement, le MedCo également médecin prescripteur et le second médecin	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Il existe un poste de médecin prescripteur différent de celui de médecin coordonnateur ?	X		R	<p>Le médecin prescripteur se répartissent à 50/50 les 3 vacations dont bénéficia l'établissement (financement ARS complémentaire)</p> <p>En entretien, [REDACTED] indiqué que des travaux de groupe avaient été engagés avant la crise Covid de 2020 et le changement de direction, incluant des thématiques du projet de soins : promotion des approches non médicamenteuses, Montessori... Pour l'instant, ces travaux n'ont pas été mis en œuvre, principalement en raison de l'absence d'une équipe stable d'IDE.</p> <p>Par ailleurs, ainsi qu'indiqué supra, le MedCo travaille sur une priorisation des thématiques médicales et soignantes qu'il souhaiterait développer au sein de l'EHPAD. [REDACTED] Souhaiterait que ce document soit d'abord validé en équipe de direction avant d'être diffusé auprès des professionnels soignants.</p> <p>Cependant, bien qu'il existe un projet de soins formalisé au sein du projet d'établissement, ce document n'est pas connu [REDACTED] ni des équipes, et ne sert pas actuellement de repère au sein de l'EHPAD. [REDACTED] a confirmé que les plans d'actions envisagés avant la crise Covid avaient subi un coup d'arrêt et que le projet n'était pas mis en œuvre.</p> <p>Il est par ailleurs notable que ce projet de soins semble largement inspiré du projet d'un autre établissement car, en page 41, il mentionne le fait que « la ville de Crêteil ne bénéficie malheureusement pas de système SOS Médecins » et cite les noms de deux médecins traitants qui n'interviennent pour aucun des résidents de l'EHPAD.</p> <p><u>Remarque n° 14 :</u> Le projet de soins de l'EHPAD n'est pas un document de référence sur lequel les responsables s'appuient pour mobiliser les équipes.</p>	D312-158 CASF
1° Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre ;	X		R	<p>Le MedCo participe à la commission d'admission, étudie les dossiers d'admission et donne un avis sur les admissions.</p> <p>Des visites de pré-admission sont réalisées et tracées dans les dossiers des résidents, ainsi qu'à pu le vérifier la mission.</p> <p>Une procédure relative à « l'admission d'un résident », datée de janvier 2019, a été transmise à la mission. Elle décrit le processus de pré-admission tel que l'ont décris les professionnels en entretien.</p>	D312-158 CASF
2° Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ;	X				

<b>Points abordés et constatés lors de l'inspection</b>	<b>O</b>	<b>N</b>	<b>E/R</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Ref.</b>
3° Preside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum deux fois par an.	X	E		Aucune réunion de la commission de coordination gériatrique n'a été [REDACTED] 2020. Le [REDACTED] que cela était dû à la diminution du nombre de médecins traitants intervenant sur la résidence. Écart n° 10 : L'absence de réunion de la commission de coordination gériatrique contrevient à l'article D312-158 3° du CASF.	D312-158 CASF
4° Evalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;	X			Le MedCo réalise les évaluations du GIR des résidents. Il s'appuie notamment pour ce faire sur le retour fait par les équipes d'AS et IDE, qui établissent un bilan de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne au moment de l'admission d'un nouveau résident. [REDACTED] cette évaluation est directement réalisée dans le logiciel de soins.	D312-158 CASF
5° Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;	X	X	E	Le MedCo a indiqué réaliser des formations « en situation », c'est-à-dire expliquer [REDACTED] la gestion des priorités l'a contraint à faire des choix, et notamment celui de l'organisation de la continuité des soins (synthèses médicales, suivi-des résidents, courriers et échanges téléphoniques avec le réseau de médecins partenaires) et que, une partie de ce travail étant désormais réalisé, il pourra réaliser des formations à l'attention des équipes à partir de 2023, en s'appuyant sur des situations réelles de résidents, afin de coller à la réalité du terrain. La mission a pu observer dans le détail (papier et informatique) plusieurs dossiers médicaux de résidents et constater que la prise en charge médicale était régulièrement assurée. [REDACTED]	D312-158 CASF
6° Coordonne la réalisation d'une évaluation gériatrique et, dans ce cadre, peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il transmet ses conclusions au médecin traitant ou désigné par le patient. L'évaluation gériatrique est réalisée à l'entrée du résident puis en tant que de besoin ;	X	X	R	Le MedCo a établi une synthèse médicale pour chaque résident, incluant les rubriques suivantes : directives anticipées, aspects psychiques et fonctionnels (informations sociales, aspects psycho-cognitifs, autonomie...), données médicales (antécédents, pathologies en cours, allergies...). Ces données sont consignées sur des fichiers Word accessibles sur le réseau partagé de l'EHPAD et imprimées au sein du dossier médical papier, notamment pour le dossier de liaison d'urgence (DLU). Les dernières mises à jour de ces documents sont récentes (d'après les dates	D312-158 CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Ref.
				d'enregistrement des fichiers, la date de mise à jour ne figurant pas sur le document lui-même lorsqu'il est imprimé).	
				Cependant, ces éléments ne figurent pas ou seulement très partiellement dans les dossiers [REDACTED] des résidents. Ainsi, seuls 12 résidents sur 76 (soit 16 %) ont des antécédents / pathologies renseignés sur le logiciel.	
				Il n'existe pas de bilan gérontique systématique formalisé à l'admission. Cependant, un bilan de mobilité et d'équilibre est pratiqué chez une majorité de résidents. En effet, trois kinésithérapeutes interviennent sur l'établissement mais seuls deux effectuent des transmissions dans le logiciel. La psychologue a indiqué rencontrer les nouveaux entrants dans les jours suivant leur arrivée (pas d'observation tracée dans [REDACTED] à une exception près, depuis janvier 2022, mais elle s'appuie sur ces entretiens pour bâti les PAP). Par ailleurs, le MedCo a indiqué qu'il pouvait avoir recours à l'orthophoniste en cas de besoin, et notamment pour confirmer un trouble de la déglutition. Mais ce recours n'est pas systématique et ne permet donc pas de réaliser des dépistages à l'entrée de tout nouveau résident. L'orthophoniste est disponible pour la résidence les mardis et jeudis matin.	D312-158 CASF
				Remarque n° 14 : Une majorité des dossiers [REDACTED] des résidents n'est pas renseignée au niveau des antécédents et des pathologies, alors que cette information existe sur des fichiers Word établis par le MedCo.	
7° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gérontiques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, il établit une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage inférieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;	X	X		Le MedCo a indiqué vérifier l'ensemble des ordonnances des résidents, notamment lorsqu'ils reviennent d'hospitalisation, afin de s'assurer de la compatibilité avec la situation et les autres thérapeutiques habituelles des résidents. Le cas échéant, il prévient ses collègues des adaptations qu'il réalise. [REDACTED]	D312-158 CASF
8° Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;		X	R	et, comme indiqué au paragraphe précédent, vérifie l'ensemble des prescriptions des résidents, avec un objectif de limiter le nombre de molécules administrées.	D312-158 CASF
9° Elabore un dossier type de soins ;	X			Le dossier médical et le dossier de soins sont éclatés sur des supports papier et informatique : - Dossier individuel informatisé sur [REDACTED] (antécédents et pathologies –pour quelques résidents seulement ; observations	D312-158 CASF

58103

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- médicales et kinésithérapiques ; transmissions ; suivi des constantes ; plan de soins ; une infime partie des traitements médicamenteux) ;</li> <li>- Dossier individuel papier stocké dans des classeurs (DLU au format papier avec synthèse médicale établie par le MedCo ; dossier médical d'admission ; résultats de test MMSE<sup>18</sup> ; comptes rendus médicaux et courriers ; convocations pour RDV en cours ; résultats de biologie ; ordonnances) ;</li> <li>- Dossier récapitulatif (sur 2 étages) de toutes les surveillances de glycémie des résidents diabétiques ;</li> <li>- Dossier récapitulatif (sur 2 étages) des suivis de pansements des résidents.</li> </ul> <p>Concernant les prescriptions, le MedCo a indiqué qu'il rédigeait l'ensemble des prescriptions sur Word et qu'il mettait à disposition des équipes une version au format Pdf car [REDACTED] ne lui permet pas de classer les prescriptions par thématique. Seules quelques rares prescriptions sont effectuées dans [REDACTED]. Les responsables de l'EHPAD ont indiqué que le logiciel de dossier informatisé évoluerait en début 2023 avec l'adoption de [REDACTED] et l'abandon de [REDACTED]. D'après le MedCo, [REDACTED] offrira la possibilité de regrouper les prescriptions par thématique et ainsi d'abandonner la prescription sur Word/Pdf telle qu'il la pratique actuellement.</p> <p>Depuis l'inspection de 2018, certains éléments qui étaient auparavant suivis au format papier (poids, transmissions des AS) ont intégré le dossier informatisé. Mais la remarque alors formulée relative à la dispersion des informations reste toujours valable et le logiciel est toujours sous-utilisé (notamment pour les antécédents et pathologies, les prescriptions, les surveillances, le suivi des pansements, les résultats de tests).</p> <p><b>Remarque n° 15 :</b> La dispersion des informations médicales et soignantes ne favorise pas leur accessibilité optimale pour la prise en charge des résidents de l'EHPAD, notamment en cas d'urgence. Elle n'est pas conforme aux recommandations professionnelles publiées en juin 2007 par la DGCS (anciennement DGAS) dans son guide « Dossier de la personne accueillie ou accompagnée : recommandations aux professionnels pour améliorer la qualité ».</p>	

<sup>18</sup> MMSE : mini mental state examination

<b>Points abordés et constatés lors de l'inspection</b>	<b>O</b>	<b>N</b>	<b>E/R</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Réf.</b>
10° 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 gérontique mentionnée au 3° 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 ;	X	E	E	<p>Le MedCo a indiqué travailler sur un document qui ferait à la fois un bilan (et pourrait être assimilé à un RAMA) et proposerait un projet médical et de soins (avec identification des priorités). Il a l'intention de soumettre ce document à la direction de l'EHPAD et à la cadre de santé afin que le document puisse être amendé puis présenté aux équipes.</p> <p><u>Écart n° 11 :</u> Il n'existe pas de RAMA pour l'année 2021.</p>	D312-158 CASF
10° 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 ;	X	X	E	<p>Plusieurs conventions ont été signées entre l'EHPAD et des structures de soins externes, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avec le laboratoire de biologie médicale ZTP</li> <li>- Avec l'HAD Croix Saint-Simon (en date du 25/02/2013, sans durée de validité) ;</li> <li>- Avec l'HAD de l'AP-HP, datée du 18/02/2008 mais dont la durée de validité ne peut être établie car la version transmise à la mission ne contient pas les dernières pages, susceptibles de mentionner cette information ;</li> <li>- Avec les Urgences Médicales de Paris (UMP), en date du 17/02/2004, sans durée de validité ;</li> <li>- Avec le service de gériatrie de l'hôpital Rothschild, datée du 24/09/2004, dont la durée de validité ne peut être établie car la version transmise à la mission ne contient pas les dernières pages, susceptibles de mentionner cette information ;</li> <li>- Avec la filière gériatrique Paris Nord-Ouest datant du 01/08/2020, toujours en cours de validité, signée par l'EHPAD mais non signée par le partenaire ;</li> <li>- Avec l'équipe mobile de gériatrie de l'Hôpital Bretonneau, signée le 04/07/2008 mais dont la validité s'est arrêtée au 31/12/2019</li> </ul> <p>Les conventions sont suivies sur un tableau récapitulatif qui a été transmis à la mission.</p> <p>Une convention avec la clinique Mont Louis, Paris 11<sup>e</sup>, notamment pour des bilans diagnostiques et thérapeutiques de situations médicales complexes, est mentionnée dans le tableau récapitulatif comme étant renouvelée en 2020, mais la convention n'a pas été transmise.</p> <p>Cependant, aucune convention organisant la prise en charge des résidents en cas d'urgence ou concernant la prise en charge par des services de spécialité, permettant d'assurer une continuité des soins et un échange sur les bonnes pratiques, n'a été signée avec un établissement de santé proche.</p>	D312-158 CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				Écart n° 12 : En ne signant pas une convention avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération, et notamment les modalités d'un échange sur les bonnes pratiques susceptibles de prévenir les hospitalisations ainsi que les règles de transferts en milieu hospitalier lorsqu'ils s'avèrent indispensables, le gestionnaire ne respecte pas le cahier des charges fixé par arrêté du 7 juillet 2005 pour établir le plan bleu prévu par l'article D312-160 du CASF.	D312-158 CASF
11° Identifie les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents	X			Le MedCo a développé son propre réseau d'interlocuteurs dans les établissements de santé partenaires et en ville. Il accorde beaucoup d'importance à ce lien afin, notamment, d'éviter des retours non anticipés des résidents à l'EHPAD suite à leur hospitalisation.  La mission a pu observer des courriers ou mails échangés avec ces partenaires dans plusieurs dossiers, qui attestent d'une recherche de solutions adaptées pour les résidents.	D312-158 CASF
12° Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques ;	X			Néanmoins, certaines familles avec lesquelles la mission s'est entretenu, ont mentionné des délais d'obtention des rendez-vous « trop longs », les amenant à faire eux-mêmes des démarches de leur côté afin de réduire ces délais.	L'EHPAD dispose d'un plan bleu mis à jour en 2022, et transmis aux autorités de contrôle.
13° Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordinateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.	X			Le MedCo assure les prescriptions médicales urgentes, y compris à distance (joignable facilement sur son portable, d'après les personnes interrogées) ou renvoie, si nécessaire, vers les urgences médicales de Paris ou le SAMU.	D312-158 CASF
14° Elabore, après avoir évalué leurs risques et leurs bénéfices avec le concours de l'équipe médico-sociale, les mesures particulières comprises dans l'annexe au contrat de séjour mentionnée au I de l'article L. 311-4-19.	X	X		Toutes les mises sous contention sont décidées par le MedCo.	D312-158 CASF

<sup>19</sup> Art L311-4-1 CASF : « I.-Lorsqu'il est conclu dans un des établissements d'hébergement relevant du 6° du I de l'article L. 312-1, y compris ceux énumérés à l'article L. 342-1, le contrat de séjour peut comporter une annexe, dont le contenu et les modalités d'élaboration sont prévues par décret, qui définit les mesures particulières à prendre, autres que celles définies au règlement de fonctionnement, pour assurer l'intégrité

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Cependant, les mesures de contention ne figurent pas dans l'annexe au contrat de séjour et leur mention n'est pas prévue dans la procédure « contention physique passive ».  [REDACTED] ne concorde pas avec ce qui est tracé dans les plans de soin. De plus, elles ne font pas l'objet de prescriptions médicales écrites dûment nominatives, datées et signées. Il n'existe pas non plus de formulaire de demande d'autorisation à destination du résident, ou de sa famille s'il n'est pas en mesure d'arbitrer.  Écart n° 13 : En infraction à l'article R.311-0-7 du CASF, l'annexe au contrat de séjour des résidents sous contention ne mentionne pas les modalités de décision et de mise en œuvre de la contention (selon le modèle figurant dans l'annexe 3-9-1 du décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016).					

### 7.3 Les soins individuels

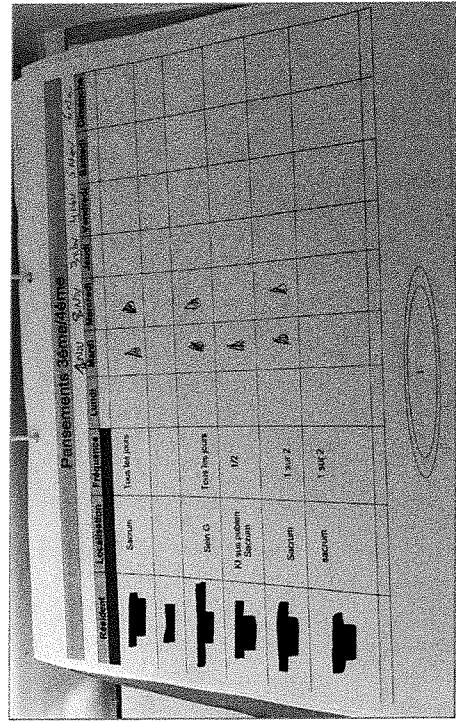
Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.	
Un plan de soins infirmiers concerté, formalisé et réévalué pour chaque personne prise en charge ?	X	R		Des plans de soins récapitulatifs (un pour les 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> étages, un pour les 3 <sup>e</sup> et 4 <sup>e</sup> étages) sont formalisés sur Word et régulièrement remis à jour, soit par les IDE elles-mêmes, soit par l'IDC en doublon avec l'IDC (quand cette dernière ne sait pas mettre à jour les plans de soins dans le logiciel). Ils comportent des colonnes listant, pour chaque résident, le nom du médecin traitant, le régime alimentaire, les éventuels contrôles glycémiques des résidents diabétiques, les traitements particuliers, les éventuels pansements, ainsi qu'une colonne « divers », où figurent notamment les contentions au fauteuil.  Un classeur spécifique permet de tracer les glycémies des résidents diabétiques. Ce classeur contient également les protocoles individuels à appliquer en cas d'hypo ou d'hyperglycémie.		Articles R. 4311-118 et R. 4311-319 du CSP  Article D. 312-155-0 2 <sup>ème</sup> alinéa 20 du CASF

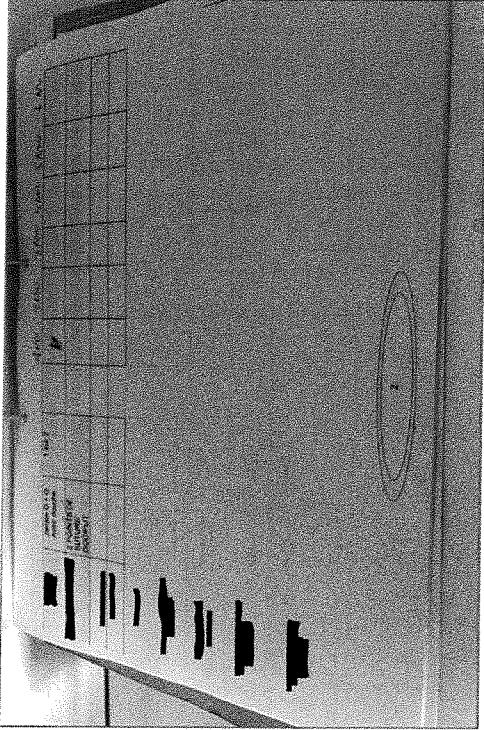
physique et la sécurité de la personne et pour soutenir "l'exercice de sa liberté d'aller et venir. Ces mesures ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires, et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus. Elles sont définies après examen du résident et au terme d'une procédure collégiale mise en œuvre à l'initiative du médecin coordonnateur de l'établissement ou, en cas d'empêchement du médecin coordonnateur, du médecin traitant. Cette procédure associe l'ensemble des représentants de l'équipe médico-sociale de l'établissement afin de réaliser une évaluation pluridisciplinaire des bénéfices et des risques des mesures envisagées. Le contenu de l'annexe peut être révisé à tout moment, selon la même procédure, à l'initiative du résident, du directeur de l'établissement ou du médecin coordonnateur ou, à défaut de médecin coordonnateur, du médecin traitant, ou sur proposition de la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1 ».

62/103

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>Une fiche hebdomadaire récapitulative des pansements à réaliser permet de connaître la localisation de la plaie, la fréquence de réalisation prévue des pansements, et de tracer la réalisation du pansement dans la case du jour concerné, sous forme de triangle (pas de mention du nom de l'IDE l'ayant réalisé, aucune précision sur la nature exacte du pansement, aucune prescription n'accompagnant ce tableau récapitulatif). De plus, les dates ne figurent que sur la première page du tableau récapitulatif. La deuxième page, qui est une feuille volante, ne contient donc aucune référence à la date de réalisation du pansement, ce qui pose un problème de traçabilité, rien ne distinguant la page 2 du tableau d'une semaine à l'autre. Par ailleurs, la mission a examiné les soins de pansement programmés, pour le 4<sup>e</sup> étage, dans [REDACTED] sur la semaine précédant l'inspection. Elle a noté que 5 résidents devraient bénéficier d'un ou deux pansements programmés alors que seuls 4 pansements étaient prévus pour des résidents du 4<sup>e</sup> étage dans la fiche hebdomadaire sur la même période. Aucun des pansements programmés sur [REDACTED] n'a été tracé dans le logiciel par les IDE.</p>	

**Photo n°1 : Fiche récapitulative de suivi pansements : seul un triangle rajouté à la main indique que le pansement a été réalisé, sans autre traçabilité (source : mission d'inspection)**



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>Les capacités de l'outil [REDACTED] à gérer des informations telles que les glycémies et les pansements (avec possibilité de donner des informations détaillées de suivi des pansements) ne sont donc pas exploitées. Les deux IDE interrogées ont indiqué qu'il existait quelques suivis de pansements réalisés sur les fiches de pansement prévues dans [REDACTED] et effectivement, la mission a pu observer une tracabilité remontant au mois de juillet 2022 pour une escarre stade 4 toujours en cours. Mais ces deux IDE ont également admis qu'elles ne traçaient pas précisément les pansements réalisés manquant ainsi les informations sur le caractère douloureux ou non du pansement, sur les traitements pratiqués, sur l'évolution, etc) et que tout au plus, elles mentionnaient la réalisation du pansement dans les transmissions [REDACTED].</p> <p>Ainsi, des éléments importants du suivi des soins infirmiers des résidents se perdent dans des documents papier ou des rubriques inadéquates du dossier de soins informatisé, ce qui est susceptible de porter atteinte à la qualité et à la sécurité de l'accompagnement des résidents. Il est rappelé qu'il fait partie des obligations des IDE de transmettre toutes les informations utiles à la continuité des soins des résidents.</p> 	

64103

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>Écart n° 14 :</p> <p>La traçabilité des soins infirmiers réalisée est pauvre (pour les pansements en particulier) et manque de fiabilité (feuilles volantes de pansements non datées). Les capacités du logiciel [redacté] ne sont pratiquement pas exploitées pour programmer et suivre les soins infirmiers. Cette insuffisante traçabilité des soins infirmiers est susceptible de porter atteinte à la qualité et à la sécurité de l'accompagnement des résidents telles que prévues par l'article L311-3 du CASF.</p>	Article R. 4312-3621 du CSP Article D. 312-15822 du CASF
Coordination et transmission des informations relatives aux soins entre les professionnels de la structure organisées et formalisées ?	X			<p>Les transmissions au sein de l'équipe soignante sont assurées à la fois par écrit et par oral.</p> <p>Les transmissions écrites sont systématiquement ciblées, car l'outil informatique demande obligatoirement de renseigner une cible. Cependant, elles ne sont pas suivies d'actions. Elles sont réalisées à la fois par les IDE et par les AS (lors de l'inspection de 2018, les AS traçaient leurs transmissions sur papier) et ce, régulièrement, comme a pu le constater la mission.</p> <p>Outre ces transmissions informatisées, les IDE font généralement des transmissions écrites sur une feuille volante, à l'attention des IDE qui prennent leur place le lendemain afin que ces dernières aient connaissance, dès leur arrivée, des éléments les plus importants.</p> <p>Les transmissions orales ont lieu le matin à 8h entre l'équipe de nuit et l'équipe de jour, incluant les AS de nuit, une IDE de jour et les AS de jour.</p> <p>Vers 11h30 ont lieu les transmissions entre les AS et l'IDE des étages 1 et 2 d'une part et 3 et 4 d'autre part. Lorsque la cadre de santé est disponible, elle participe parfois à ces transmissions. Ces transmissions durent 15 à 30 mn.</p> <p>Le soir, les transmissions n'ont lieu qu'entre AS de jour et de nuit, les deux IDE quittant à 19h30.</p>	« Bonnes pratiques de soins en EHPAD », Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale, Société française de gériatrie et gérontologie, octobre 2007
Evaluation à l'admission	MMS	X	X	R	Comme évoqué ci-dessus à propos de la phase de pré-admission, une procédure d'admission a été transmise à la mission. Celle-ci évoque effectivement l'admission du résident, mais sans beaucoup de précisions sur cette phase. Ainsi, les rôles de chaque type de professionnel (MecCo, psychologue, IDE, AS) dans la réalisation d'un bilan gériatrique et la constitution du dossier du résident ne sont pas abordés en détail. Aucun bilan gériatrique minimal n'est prévu lors d'une admission au sein de l'EHPAD.
Evaluation à l'admission	NPI-ES				
Evaluation à l'admission	Norton ou Braden (escarre)				
Evaluation à l'admission	OAG (état buccal)				
Evaluation à l'admission	GDS (dépression)				
Evaluation à l'admission	Cornell (risque suicidaire)				

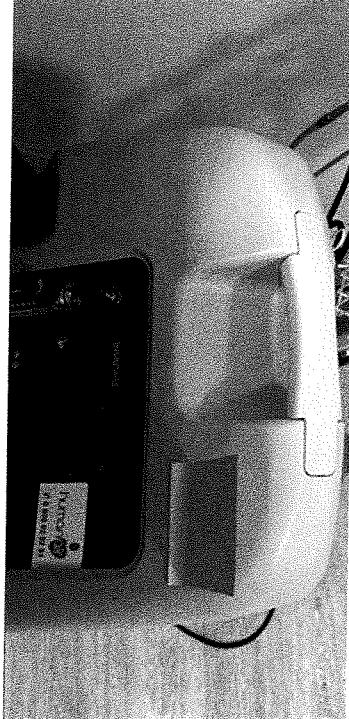
Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Evaluation à l'admission	Tinetti (risque de chute)			<p>Remarque n° 16 :</p> <p>La procédure d'admission ne prévoit aucun bilan gériatrique minimal et n'est pas précisée sur les rôles de chaque type de professionnel durant cette phase.</p> <p>La mission a retrouvé des MMSE dans deux des trois dossiers papier de résidents qu'elle a examinés. Ces tests dataient tous deux de 2020. Cependant, le résultat de ces tests n'a pas été retrouvé dans les dossiers [REDACTED] des résidents concernés, ni dans aucun autre des 76 dossiers [REDACTED] que la mission a consultés. Il a été indiqué en entretien avec un membre de l'équipe [REDACTED]</p> <p>[REDACTED] alors de la description de ses missions L'absence de ces informations peut s'expliquer par la vacance du poste de la 2<sup>nde</sup> psychologue qui travaillait à 0,5 ETP ; la psychologue actuellement en poste à mi-temps consacre une grande partie de son temps à la réalisation des PAP.</p> <p>Ce constat a également été abordé lors de l'entretien avec le MedCo, qui explique qu'aujourd'hui, deux psychologues se partageaient un temps plein mais que depuis le départ de l'une d'elles, la deuxième est seule sans augmentation de son temps, la contrignant donc à hiérarchiser ses missions.</p> <p>Dans les synthèses réalisées par le MedCo, seuls sept résultats de MMSE sont mentionnés pour l'ensemble des 76 résidents présents à l'EHPAD, certains MMSE ayant été réalisés lors d'hospitalisations externes.</p> <p>La mission n'a pas non plus retrouvé de tests d'évaluation de la dépression ou du risque suicidaire.</p> <p>La psychologue a en revanche mentionné la réalisation d'entretiens individuels (pour environ une vingtaine de résidents) pour lesquels elle a indiqué que la traçabilité pouvait être retrouvée dans les transmissions avec le mot clé « comportement ». La mission note qu'il s'agit d'une mauvaise utilisation de l'outil informatique : la logique étant de saisir une observation, au même titre qu'un médecin ou un kinésithérapeute.</p> <p>La mission a effectué la recherche avec le mot-clé « comportement » dans la totalité des transmissions réalisées depuis le 01/01/2022. Cette cible de transmission est apparue de très nombreuses fois, mais avec la signature des AS ou IDE. [REDACTED] (le point sur la résidente, l'autre transmission concernant un problème de sécurité lié à une serrure défectueuse. En conséquence, [REDACTED] ce</p>	<p>« Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus » (RBPp) - HAS et FFN (fédération française de nutrition) – 10/11/2021</p> <p>« Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée », HAS, avril 2007</p> <p>2007-06_SFAP-SFGG_fiche pratique soins palliatifs et gériatrie</p> <p>L.314-12 CASF , modifiée par la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 - art. 64</p> <p>Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes</p>

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	EIR	Commentaires	Réf.
				<p>qui ne valorise pas son travail et penalise le travail en pluridisciplinarité et le suivi des résidents. Aucun bilan ne peut être réalisé sans traçabilité.</p> <p>Remarque n° 17 : [REDACTED] ne fait pas l'objet d'une traçabilité.</p> <p>L'état buccodentaire des résidents est examiné dans les jours suivant leur admission. Ce sont les infirmiers et les AS qui constatent si le résident est porteur d'une prothèse dentaire et qui évaluent les besoins afin de réaliser les soins. Ces actes sont bien renseignés dans les plans de soin mais ne sont pas cochés dans le logiciel, ce qui ne permet pas la traçabilité des actes.</p> <p>En cas de suspicion de trouble de la déglutition, il peut être fait appel à une orthophoniste. En pratique, la mission n'a retrouvé qu'une seule transmission effectuée par l'orthophoniste depuis début 2022, pour bilan orthophonique d'une résidente.</p> <p>Ainsi, les troubles de la déglutition ne sont pas systématiquement recherchés, y compris avec des tests simples qui pourraient être réalisés par les IDE (ex. : test du verre d'eau), contrairement aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP).</p> <p>De plus, la mission n'a pas repéré de formation réalisée sur le sujet.</p> <p>Remarque n° 18 : Les troubles de la déglutition ne font pas l'objet d'une recherche systématique à l'admission des résidents, contrairement aux RBPP.</p> <p>Concernant les troubles de l'équilibre et la motricité, la mission a retrouvé la traçabilité de tests moteurs minimums (TMM) pour 47 résidents sur 76 au sein du dossier [REDACTED]. Ces tests sont le plus souvent (44 résidents) doublés d'un test de Troiano (échelle fonctionnelle). Ainsi, on peut penser qu'une grande majorité des résidents pour lesquels ces tests sont utiles en bénéficient.</p> <p>En entretien, il a été indiqué à la mission que trois masseurs-kinésithérapeutes (MK) interviennent régulièrement dans l'établissement.</p> <p>Deux MK tracent occasionnellement dans le logiciel, le plus souvent sous forme d'observation, parfois sous forme de transmission.</p> <p>La mission a analysé les écrits des MK depuis le 01/01/2022 dans 9 dossiers de résidents suivis en rééducation. Elle observe que seul l'objet de la rééducation est indiqué et, pour l'un des deux MK, une synthèse de séance est faite de manière très irrégulière. Ainsi, pour 5 des 9 dossiers, la dernière traçabilité des séances de</p>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection					Réf.	
O	N	E/R	Commentaires			
			<p>rééducation remonte à juillet 2022 et pour les 4 autres dossiers, elle se situe entre le 22/09 et le 05/10/2022, soit près d'un mois au moins avant l'inspection. [REDACTED] parmi un échantillon de 19 dossiers tirés au hasard (sur l'analyse des transmissions et des observations ; concernant les tests -TMM et Troiano-, le nom du professionnel l'ayant tracé n'est pas mentionné).</p> <p>La mission a demandé que lui soient transmis tous les contrats signés avec les professionnels intervenant à titre libéral pour l'EHPAD. Pour rappel, ces contrats doivent réglementairement être signés (L.314-12 CASF), selon des modalités spécifiques précisées dans un modèle de contrat-type. Or aucun contrat concernant un MK n'a été transmis.</p> <p><u>Écart n° 15 :</u> Le suivi de la kinésithérapie n'est pas régulièrement réalisé et ne respecte pas l'article R. 4321-31 du CSP.</p> <p><u>Écart n° 16 :</u> Les responsables de l'EHPAD n'ont pas signé, avec les masseurs-kinésithérapeutes, de contrat-type, prévu dans l'annexe de l'arrêté du 30 décembre 2010.</p> <p>La mission n'a pas retrouvé la trace d'autres évaluations au sein des dossiers (papier ou informatique) des résidents et notamment pas de NPI-ES (neuro-psy), de MNA (nutrition), de test de Braden ou Norton.</p>			
					R4311-3 CSP	
					<p>Il existe des protocoles de soins individuels pour les résidents diabétiques. Ainsi qu'il indiqué supra, le suivi des plaies et pansements est trop incomplet. Les IDE n'utilisent pas les capacités de [REDACTED] pour tracer précisément la réalisation du pansement. Par ailleurs, aucun résident ne bénéficie d'une évaluation du risque d'escarre (grille Norton ou Braden, par ex.), ce qui est une première étape à la prévention de ce type de risques. Les pratiques observées par les inspecteurs sont donc éloignées des RPBP.</p> <p><u>Remarque n° 19 :</u> La prévention du risque d'escarre et le suivi des plaies ne sont pas réalisés selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.</p> <p>Le suivi médical des résidents est tracé dans [REDACTED] pour une majorité des résidents (notamment ceux suivis par les deux médecins prescripteurs)</p>	
Dossiers de soins fonction pathologie	Protocole de soins individuels si indiqué en	X			ANESM, décembre 2012 : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD (volet 4) l'accompagnement personnalisé de la santé du Résident	
Dossiers de soins	Suivi de l'état cutané,				ANAES, novembre 2001 : Prévention et Traitement des Escarres de l' Adulte et du Sujet Agé	
Dossiers de soins	Suivi des plaies,					
Dossiers de soins	Suivi de la prise effective des repas,					
Dossiers de soins	Utilisation par les médecins traitants de la fonctionnalité "dossier médical" du SI soins					
Dossiers de soins	Suivi médical des résidents régulièrement tracé par leur médecin traitant dans le dossier médical papier					

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Analyse des données issues du système de suivi informatisé des plans de soins	E			<p>Au sein d'une vingtaine de dossiers de résidents [REDACTED] que la mission a examinés, un plan de soins d'hygiène individualisé était programmé. Il a été expliqué en entretien à la mission que les AS titulaires (accompagnés des IDE) sont chargés d'élaborer les plans de soins initiaux (avec une répartition entre équipe et contre-équipe, par binôme d'AS), ceux-ci étant validés par la cadre de santé. Puis les mêmes AS (toujours accompagnés des IDE) sont chargés de la mise à jour des plans de soins lorsque l'état d'un résident évolue. En pratique, les plans de soins [REDACTED] sont très régulièrement mis à jour.</p> <p>L'organisation du travail au quotidien s'appuie d'une part sur un déroulé-type de la journée des AS, décliné avec quelques variations de durée au niveau de chaque étage, sans indication spécifique pour tel ou tel résident et sans distinction des jours de semaine. Et dans le détail du travail quotidien, les AS s'appuient sur les plans de soins individuels.</p> <p>Pour les changes des résidents, un tableau récapitulatif par étage fait le point pour chaque résident, en fonction des horaires de la journée/nuit.</p> <p>La traçabilité des soins d'hygiène (toilette, élimination, habillage) et des déplacements / transferts réalisés par les AS est très faible. La mission a étudié la totalité de ces tâches programmées pour 7 résidents sur la semaine précédant l'inspection : sur 291 soins programmés, seuls 4 ont été tracés par un(e) seul(e) AS, soit 1,4 %. Pour rappel, il fait partie des obligations réglementaires des AS de tracer toutes les observations et données recueillies ainsi que les soins réalisés afin de contribuer à la continuité des soins et des activités.</p>	DGS/DGAS/SFEGG, octobre 2007 : Les bonnes pratiques de soins en EHPAD, p. 52-53 Escarres, plaies et cicatrisation : Prise en charge, 4e journée de formation et d'information : prévention du risque infectieux en EHPAD, Institut Gerberz Rieux- CHRU Lille, 24 mai 2012, Dr Michael WILLERY, CH Roubaix. C.CLIN-Ouest 2004, Hygiène des plaies et pansements

69103

Points abordés et constatés lors de l'inspection					O	N	E/R	Commentaires	Réf.
								Écart n° 17 : La traçabilité des soins réalisés par les AS est très faible, ce qui pénalise la continuité des soins et des activités de soins.	
PEC urgences	Chariot/trousse d'urgence présents et vérifiés	X						Un sac d'urgence est disponible au poste de soins du 1 <sup>er</sup> étage. Il fait l'objet d'une vérification mensuelle, actuellement réalisée par la cadre de santé en l'absence d'une équipe stable d'IDE.	Article D312-158 13°) CASF
PEC urgences par le MedCo	Dotation pour soins urgents présente et établie	X						Un défibrillateur cardiaque est positionné à l'accueil de l'EHPAD, au rez-de-chaussée.	
PEC urgences	Défibrillateur cardiaque présent et vérifié	X						Il existe un appareil de mesures des paramètres vitaux à chaque étage, placés dans les salles de soins des étages et, au 3 <sup>e</sup> étage, dans le bureau de la cadre de santé, qui est toujours accessible.	
PEC urgences	Au moins une bouteille ambu 02 fonctionnelle	X						Deux bouteilles d'oxygène sont présentes au sein du poste de soins du 1 <sup>er</sup> étage, non fixées, ainsi qu'un masque BAVU. Par ailleurs, l'EHPAD dispose de deux concentrateurs d'oxygène. Un des deux concentrateurs, était noté comme « HS » le jour de l'inspection.	
									
								Un aspirateur de mucoïdes est également présent au sein du poste de soins du 1 <sup>er</sup> étage.	
								L'établissement dispose également d'un bladder scan.	
								Des procédures d'urgence sont accessibles dans les deux postes de soins, au sein d'un classeur de procédures. Un classeur spécifique pour l'équipe de nuit est également disponible.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				Les numéros d'urgence sont affichés dans les postes de soins.  Des dossiers de liaison d'urgence au format papier, placés au sein des dossiers médicaux de chaque résident et contenant un résumé médical établi par le MedCo ainsi qu'une « procédure urgences » datant d'août 2022, rédigée par le MedCo, permettent de constituer le DLU, qui contient in fine l'ensemble des éléments requis. Le DLU éditable via [REDACTED] n'est pas utilisé. Là encore, la sous-utilisation régulière qui, d'après les documents relatifs à la gestion des urgences consultés par la mission, n'est pas prévue. Pour rappel, les synthèses médicales formalisées par le MedCo ne sont pas datées et, si la mission a pu observer d'après la dernière date d'enregistrement des fichiers qu'elles étaient récentes pour tous les résidents, rien ne garantit qu'elles le resteront sans l'organisation d'une mise à jour régulière.	
Etat cutané, pansements	Nombre de résidents avec escarre			D'après les recoupements entre les soins de pansement programmés dans [REDACTED] les transmissions en cours et les fiches papier de suivi des pansements, la mission a retrouvé des panssements d'escarre pour 5 résidents (certains résidents présentant plusieurs escarres) et un pansement pour l'ensemble de l'EHPAD.	
Etat cutané, pansements escarres utilisables sans délai	Stock vérifié de pansements anti-escarre			La cadre de santé a indiqué qu'il était parfois difficile d'obtenir un avis externe de dermatologue pour la prise en charge des escarres complexes. L'établissement ne fait pas appel à la télémédecine pour améliorer l'accès à cette spécialité.	
Etat cutané, pansements escarre	% résidents avec matelas anti-escarre			L'EHPAD a recours à l'HAD dès qu'un pansement prend plus de 20 à 30 min. Mais cette situation est toutefois peu fréquente.	
Evaluation psychologique et psychiatrique identifiés en gériatrie	ressources et partenaires	X		RBPP Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement, 2014.	
Evaluation psychologique et psychiatrique veille organisée des situations à risque	Dates des 3 dernières consultations de geronto-psychiatrie pour des résidents			[REDACTED] ont indiqué que l'EHPAD évitait de prendre en charge des résidents avec des troubles psychiatriques et des gros troubles du comportement car à la fois le suivi médical et la configuration des locaux ne sont pas adaptés à ces profils.	
Evaluation psychologique et psychiatrique consultations de geronto-psychiatrie pour des résidents situations à risque				Toutefois, quelques situations doivent être gérées au niveau de l'EHPAD. Certains résidents continuent à bénéficier du suivi psychiatrique par le même praticien après leur admission à l'EHPAD. Pour les autres résidents qui le nécessitent, le MedCo indique travailler avec le chef de service de psychogériatrie de l'hôpital Charles Foix. La cadre de santé a également cité le recours à l'hôpital Bretonneau ou à la clinique Mont Louis. Mais l'offre de soins en matière de déontopsychiatrie reste très faible [REDACTED] es CMP contactés refusent d'accompagner les personnes en EHPAD.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection						Réf.
	O	N	E/R	Commentaires		
Contentions	Nombre de contentions prescrites		E	Une procédure intitulée « contention physique passive », datée de février 2018, a été transmise à la mission. Cette procédure respecte la réglementation et prévoit notamment que toutes les contentions doivent faire l'objet d'une « évaluation pluridisciplinaire avec l'équipe soignante » et « la décision médicale doit être motivée et tracée par écrit dans le dossier médical ». Les contentions doivent toutes être « prescrites sur une ordonnance » qui doit indiquer : « les motifs, les circonstances de pose, la durée prévisible, le type de matériel, les risques à prévenir, le programme de surveillance ». De plus, « Le consentement du résident devra être systématiquement recherché, même s'il présente des troubles cognitifs ».	Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé	
Contentions et tracée	Prescription médicale des contentions vérifiable		R		Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée ANAES octobre 2000	
Contentions	Existence de contentions effectuées au delà de la limite de prescription		X			
Contentions	% de résidents sous contention (=nb contentions/nb présents)					
Contentions	% d'accord recherché pour les contentions (= hors "urgence")					

72103

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>soins de deux résidents alors que ceux-ci ne sont pas mentionnés sur la liste récapitulative qui a pourtant été renseignée à jour [REDACTED] le lendemain de l'inspection. A l'inverse, la mission a vérifié les plans de soins des 9 résidents du 1er étage de la liste récapitulative et seule une contention était correctement mentionnée. Sept contentions ne figuraient pas dans les plans de soins et une contention indiquée était incohérente par rapport à la liste récapitulative (la liste mentionne une contention au lit et pas de contention assise alors que le plan de soins de la résidente indique l'inverse).</p> <p><u>Écart n° 18 :</u> La mise en œuvre des contentions au sein de la résidence ne respecte ni la réglementation, ni les bonnes pratiques, ni la procédure interne.</p> <p><u>Remarque n° 20 :</u> Il existe de nombreuses incohérences entre les contentions figurant dans la liste récapitulative envoyée au lendemain de l'inspection et la présence (ou l'absence) de contention dans les plans de soins des résidents.</p>	
Douleur % de résidents qui ont eu au moins une évaluation de la douleur depuis 3 mois Douleur Nombre de patients bénéficiant de prescription d'antalgiques majeurs morphiniques	X	E		<p>Suite à la demande par la mission de transmission des protocoles de soins, il n'a pas été adressé de protocole relatif à la prise en charge de la douleur (il existe toutefois un protocole « douleur thoracique » et un protocole « douleur abdominale », mais leur objet est différent, orienté vers la prise en charge de l'urgence potentielle).</p> <p>La mission a retrouvé dans les transmissions plusieurs informations relatives à la douleur. Cependant, là encore, la traçabilité au sein des transmissions est peu efficiente car elle ne permet pas d'effectuer un suivi simple et elle ne permet pas non plus de savoir si chaque résident bénéficie, en fonction de ses besoins, d'un suivi de la douleur adapté. La possibilité d'enregistrer la douleur sur [REDACTED] au sein d'une rubrique dédiée n'est pas exploitée.</p> <p>L'analyse du niveau de douleur est parfois réalisée en référence à l'échelle Algoplus ou EVA, mais le plus souvent, elle est simplement mentionnée (« <i>douleur au niveau de l'abdomen</i> » ; « <i>douloureuse au poignet gauche, antalgique 1g donné ce matin</i> » ; ...) ou indiquée de manière peu précise (« <i>douleur ++, se plaint beaucoup</i> » ; « <i>douleur +++ à la descente escravier</i> » ; « <i>se plaint de fortes douleurs</i> »). Cette remarque vaut également pour les résidents sous médicaments analgésiques stupéfiants (« <i>douloureuse au niveau du sacrum ce matin, 1 gélule de [REDACTED] administrée</i> »), bien que le recours à une échelle d'évaluation de la douleur soit plus fréquent pour ces situations.</p>	Article L1110-5 CSP, Article L1112-4 CSP Décret n°2002-194 du 11 février 2002 sur le rôle propre de l'infirmière Art. D. 344-5-3 du CASF Circulaire DGSI/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999 Guide méthodologique Le déploiement de la bientraitance Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte, 2012.

Points abordés et constatés lors de l'inspection					O	N	E/R	Commentaires	Réf.
								Et de manière générale, y compris en tenant compte des transmissions, la douleur est rarement tracée. Pour rappel, ce suivi fait partie du rôle propre de l'IDE et doit être organisé dans le cadre d'une prise en charge institutionnelle (cf. colonne « Références »).	
								Écart n° 19 : Le suivi de la douleur des résidents n'est pas suffisamment organisé ni tracé.	
Odontologie	Consultations d'odontologie sur place ?	X						Un chirurgien-dentiste accepte de venir voir les résidents et de réaliser certains soins et certaines interventions directement au sein de l'EHPAD.  Mais [REDACTED] rencontre des difficultés pour faire réaliser les soins et actes techniques les plus complexes (qui ne peuvent être réalisés à l'EHPAD) à l'extérieur pour les résidents qui présentent de gros troubles du comportement ou moteurs (impossibilité d'effectuer un transfert sur le siège du dentiste) car elle n'a pas trouvé de professionnel qui accepte de gérer ces situations.  Il en est de même pour les prothèses dentaires, bien qu'un prothésiste dentaire accepte de venir dépanner l'EHPAD de temps en temps le dimanche.	
Nutrition	% de résidents dénutris (Netsoins® permet de les identifier automatiquement en classant la dénutrition en « sévère » ou « modérée » ... cf. image ci-dessous)	X						L'établissement a transmis plusieurs documents qui démontrent une prise en charge effective et sérieuse de la thématique de la nutrition.	
Nutrition	Nombre de résidents avec régime protéiné et hypercalorique							Une procédure « dénutrition » a été établie en mai 2019. Au sein de cette procédure, le rôle de la diététicienne est important pour les suivis spécifiques et rapprochés des résidents dénutris. Mais il n'y a plus de diététicienne dans l'EHPAD ni au niveau du siège.  Cependant, un tableau de suivi des paramètres nutritionnels (poids, IMC, albuminémie, CRP, textures ; compléments nutritionnels oraux...) de l'ensemble des résidents de l'EHPAD a été réalisé en juillet 2022.	
Nutrition	date dernière réunion technique entre les services « soins » et « cuisine » (pour renforcer l'enrichissement des repas)							Sur le tableau recensant 78 résidents, 14 résidents (18 %) sont en état de « dénutrition sévère » et 11 (14 %) en état de « dénutrition modérée » (ces chiffres sont comparables à ce que peut observer la mission dans d'autres EHPAD). Pour tous ces résidents, au moins un CNO est proposé. Des dotations de petit déjeuner et des collations de nuit sont définies pour chaque résident en fonction de ses besoins.	
Nutrition	date dernière intervention d'un diététicien							Le poids des résidents est suivi mensuellement, ainsi qu'a pu le vérifier la mission. L'EHPAD ne propose pas de régimes hyperprotéinés. Il n'existe pas non plus de régime sans sel ou pour résidents diabétiques.	

74103

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Fin de vie Nombre de résidents ayant désigné une personne de confiance				Les textures proposées sont : normal, haché, mixé Des plans de table ont été conçus pour assurer un meilleur suivi des résidents qui le nécessitent	Article L1111-11 et R1111-19 CSP, article D312-158 CASF, RBPP HAS Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, 2017.
Fin de vie Nombre de résidents ayant rédigé des directives anticipées				Les synthèses médicales, rédigées par le MedCo, indiquent, lorsqu'elles existent, les directives anticipées de chacun des résidents.	
Fin de vie Dernière intervention tracée du réseau de soins palliatifs				En cas de besoin, l'EHPAD peut faire appel à l'HAD, y compris pour la gestion de médicaments en intra-veneux, ou comme mentionné plus haut, pour des plaies qui requièrent plus de 20 à 30 minutes de soin. Cela est mis en place soit par l'hôpital en sortie d'hospitalisation, soit directement par l'établissement. Néanmoins, cette situation se présente cependant assez rarement, selon le MedCo. Ce dernier a également mentionné l'existence de dossiers « dormants » préparés en lien avec l'HAD pour les résidents qui pourraient relever des soins palliatifs dans un futur proche, ce qui constitue une bonne pratique.	
Fin de vie Dernière intervention de l'équipe mobile de gériatrie ou de la filière gériatrique				Par ailleurs, la cadre de santé a indiqué travailler en priorité avec l'HAD de l'AP-HP et en deuxième intention avec l'HAD de la Croix Saint-Simon	
Fin de vie Existence d'une procédure d'accompagnement en fin de vie et application de celle-ci	X	R		Une procédure intitulée « accompagnement du résident en fin de vie », datée d'août 2018, est disponible dans les classeurs de procédure des personnels. Elle s'adresse en priorité à l'équipe soignante et n'aborde pas le recours à un intervenant extérieur (HAD, équipe mobile). Elle ne prévoit pas non plus de réunion de concertation pluridisciplinaire, tel que le préconisent les RBPP.	L1112-4 CSP, L311-8 et 38 du CASF, RBPP HAS Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, 2017.
<u>Remarque n° 21 :</u> La procédure d'accompagnement de fin de vie ne prévoit pas de réunions de concertation pluridisciplinaire, telles que recommandées par les bonnes pratiques professionnelles.					
Est-ce que Les soins sont encadrés par des protocoles adaptés, diffusés aux équipes et appropriées par elles : notamment chute, conduite à tenir en cas d'urgence, soins palliatifs, fin de vie, dénutrition et douleur, escarres, dénutrition ?	X			Il existe toute une série de protocoles et procédures de soins, adaptées au fonctionnement de l'EHPAD, regroupées dans des classeurs qui sont stockés dans les postes de soins du 1 <sup>er</sup> et du 4 <sup>e</sup> étage. Les professionnels interrogés en avaient connaissance et les ont spontanément présentées à la mission. Ces procédures sont claires et synthétiques- et leur mise à jour est récente.	Article R. 4311-3 du CSP23 Article D. 312-15824 du CASF DGS/DGASISFGG « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD », 2007

## 7.4 Prise en charge médicamenteuse

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
L'autonomie de chaque résident par rapport à sa PECM a fait l'objet d'une évaluation et d'un suivi	X	R		<p>La mission n'a pas trouvé trace d'évaluation, ni de suivi de l'autonomie de chaque résident par rapport à sa PECM.</p> <p>Pourtant, dans la procédure « DISPENSATION ET ADMINISTRATION NOMINATIVE DES MÉDICAMENTS » transmise par l'établissement dont la date de mise à jour est le 2 mai 2019, est noté que : « Si un résident en exprime le souhait et que son état de santé est compatible, le rouleau de médicaments nominatif comprend les médicaments pour la journée, lui ai donné chaque matin par le personnel soignant. Les soignants s'assurent chaque jour que l'ensemble des médicaments du rouleau ont été pris. Des réévaluations régulières sont effectuées afin de s'assurer que le résident est toujours en capacité à prendre ses médicaments seuls. Si ce n'est plus le cas, la famille est prévenue et l'administration des médicaments est réalisée par le personnel soignant. »</p>	
Les résidents "à risque" (troubles déglutition, troubles cognitifs,...) ont été identifiés :	X	R		<p>Comme mentionné précédemment, les troubles de la déglutition ne sont pas systématiquement recherchés, y compris avec des tests simples qui pourraient être réalisées par les IDE. En revanche, les résidents nécessitant d'écraser les traitements sont bien identifiés, bien qu'il n'existe pas de transmission réalisée dans le logiciel de soins à ce sujet.</p> <p>La mission n'a pas trouvé de formation réalisée sur ces troubles de la déglutition.</p> <p>Compte-tenu du nombre élevé d'IDE vacataires (3 sur 4), le risque de méconnaître les résidents ayant des troubles de la déglutition est réel et la cadre de santé a indiqué qu'elle donnait des consignes aux IDE vacataires sur les résidents pour lesquels leur vigilance devait être la plus forte.</p>	
Convention avec une officine pharmaceutique	X			<p>L'établissement a transmis à la mission, la convention avec l'officine pharmaceutique. Cette convention, datant de mars 2020, est toujours en cours de validité.</p>	L.5126-6-1 CSP R.5132-13 CSP
Date de la dernière réunion d'évaluation de la convention signées avec le pharmacien d'officine (avec CR)	X			<p>Aucune réunion d'évaluation de la convention signée avec la pharmacie d'officine n'a été réalisée, bien que le principe de telles réunions figure à l'article 23 « évaluation de la prestation pharmaceutique » : « chaque année, le représentant légal de l'EHPAD, le médecin coordinateur, le pharmacien dispensateur et le pharmacien référent se réunissent lors d'un comité pharmaceutique en vue d'examiner l'apport de la convention en matière de bon usage du médicament, de sécurité du circuit du médicament et de prévention des risques iatrogéniques. [...] ».</p>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Prescription et délivrance des médicaments respectueuses de la réglementation	X	X	E	<p>Les ordonnances émises par l'EHPAD comportaient toutes l'ensemble des mentions prévues par la réglementation afin d'avoir droit au remboursement par l'Assurance Maladie. Ces ordonnances étaient toutes lisibles car réalisées sur informatique (sur Word par le MedCo, qui les transforme ensuite en Pdf).</p> <p>Cependant, la mission note que le logiciel de soins n'est quasiment pas utilisé pour la rédaction des prescriptions. Seules quelques prescriptions y figurent. Selon l'échange [REDACTED] il s'agirait des prescriptions du second médecin prescripteur.</p> <p>Il n'existe pas de transfert direct des ordonnances rédigées dans le logiciel de soins vers l'officine pharmaceutique.</p> <p>[REDACTED] a indiqué à la mission que lorsqu'un médicament est prescrit, l'ordonnance est transmise à la pharmacie via une boîte mail. La mission a pu observer que cette boîte mail est non sécurisée.</p> <p>Toujours selon les échanges, l'original de cette prescription est récupéré par le pharmacien, lorsqu'il livre les traitements au sein de l'EHPAD. Cette organisation respecte l'article de 2 (<i>dispensation des médicaments</i>) de la convention entre l'EHPAD et la pharmacie : « Les ordonnances peuvent être télétransmises par l'EHPAD à l'Officine au mail suivant [...] , dès lors que l'original papier est remis lors de la livraison ».</p> <p>En revanche, ces originaux ne sont pas rendus par la pharmacie avec les mentions réglementaires, ce qui est contraire à l'article 20 de la convention et contraire à la réglementation.</p> <p><u>Écart n° 20 :</u> Les ordonnances originales ne sont pas retournées à l'EHPAD par la pharmacie partenaire avec les mentions réglementaires apposées, ce qui ne respecte pas l'article R.5132-13 du CSP, ni la convention signée entre les deux parties.</p>	L5126-6, R5126-108, 112 et 113 du CSP, D312-158 13° CASF
Liste et stock effectif de produits et médicaments destinés à répondre à des besoins de soins prescrits en urgence.	X			<p>Dans la convention, il est noté que : « Pour toute urgence avant 18 h pour le jour même, la résidence envoie par email ou par fax l'ordonnance et appelle la pharmacie en indiquant l'urgence de la livraison. Le traitement est alors livré le jour même. Par ailleurs, la résidence dispose d'une dotation pour besoins urgents établie par le médecin coordinateur ».</p> <p>Cela fait partie des engagements de l'EHPAD envers l'officine comme inscrit dans l'article 4 « dotation pour soins urgents ».</p>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Il existe une « fiche de suivi mensuel du stock tampon » qui répertorie :				<p>La mission a pu effectuer le jour de l'inspection, le contrôle du stock tampon, qui était conforme à la réglementation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La liste des thérapeutiques ;</li> <li>- La quantité ;</li> <li>- La date de péremption ;</li> <li>- La date de contrôle du stock.</li> </ul> <p>La mission observe que cette vérification est correctement effectuée, mais il n'est pas possible de savoir qui a effectué le contrôle du stock au regard de cette fiche, sans se référer au planning du jour.</p>	
Un référent sur la prise en charge médicamenteuse est identifié au sein de l'EHPAD.	X			<p>Il n'a pas été communiqué à la mission de référent identifié sur la PECM.</p> <p>Pourtant, cela fait partie des engagements de l'EHPAD envers l'officine, dans l'article 6 « personnel référent de l'EHPAD » : « L'EHPAD s'engage à ce que les médicaments et les informations nécessaires à leur bon usage soient receptionnés par un de ses personnels dit personne référente, spécialement formée aux problématiques et besoins des résidents en soins médicamenteux ».</p>	Recommandation Omedit Pays de la Loire
Une liste préférentielle (ou livret thérapeutique) est utilisée pour la prescription : si oui, laquelle (source, origine du document) et préciser le nombre de médecins l'utilisant	X	E		<p>En entretien [REDACTED] ne pas savoir si les autres médecins traitants en utilisent une.</p> <p>Il est rappelé que cette liste préférentielle est prévue réglementairement et qu'elle doit être établie par le MedCo « en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien [...] » et que « La mise en place de cette liste constitue un axe d'amélioration de la qualité de prise en charge des résidents » (art. D.312-158, 6° du CASF).</p> <p>Il est également rappelé que l'OMÉDIT Normandie et l'OMÉDIT Bourgogne-Franche-Comté proposent une « liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD ».</p> <p><u>Écart n° 21 :</u> L'EHPAD ne dispose pas d'une liste préférentielle de médicaments, ce qui est contraire à la réglementation.</p>	D. 312-158, 6° du CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Le personnel dispose d'une liste des médicaments à ne pas écraser ou de gélules à ne pas ouvrir.	X	R		<p>[REDACTED] à la mission qu'il n'avait pas spécifiquement connaissance d'une liste de médicaments à écraser/ne pas écraser mais qu'il pensait qu'il y en avait probablement une à destination du personnel.</p> <p>Cependant, ce document n'a pas été transmis à la mission et n'a pas été vu lors de l'inspection sur place.</p> <p>[REDACTED] serait intéressant d'identifier les principaux médicaments qui sont écrasés (quoique peu nombreux au sein de l'EHPAD, [REDACTED] et que cette mention soit inscrite sur les ordonnances afin que les personnels disposent d'une bonne information.</p> <p>Remarque n° 22 : L'identification des médicaments à écraser (et à ne pas écraser) n'est pas clairement organisée au sein de l'EHPAD.</p>	Recommandations du guide régional ARS Auvergne Rhône-Alpes de 2017 « Le circuit du médicament en EHPAD »
Les médicaments sont-ils préparés pour partie au moyen d'un automate (gestionnaire, lieu d'installation) ?	X			Les piluliers sont préparés par l'officine pharmaceutique, avec laquelle l'EHPAD a signé une convention, sous forme de sachets scellés et disposés en rouleaux. Cette préparation est effectuée par un robot installé dans l'officine conventionnée. Cela est mentionné à l'article 10 « conditions de préparation » de la convention.	
La vérification de la conformité de la préparation des médicaments dispensés par la pharmacie est formalisée	X	R		<p>La vérification de la conformité de la préparation des médicaments dispensés par la pharmacie est bien réalisée selon les échanges avec les différents professionnels rencontrés.</p> <p>En revanche, elle n'est pas tracée.</p>	
Il existe un double contrôle de la préparation des doses à administrer (PDA)	X			<p>Il existe un double contrôle de la préparation des doses à administrer (PDA) effectué par l'officine conventionnée comme inscrit dans la convention aux articles 10 « Conditions de préparation » 12 « traçabilité totale » et 13 « ensachage du traitement ».</p> <p>Cependant, aucun document attestant de ce double contrôle n'a été remis à la mission.</p>	R 4311-4 CSP ARS PACA, 2017, Guide pour la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux, p. 20
Organisation de la distribution des médicaments; modalités de préparation et vérification des doses à administrer	X	E		<p>Selon les professionnels rencontrés par la mission, il existe une vérification des doses à administrer. Un premier contrôle lors de mise en chariot des traitements reçus par la pharmacie, et un second contrôle au moment de l'administration.</p> <p>Ces vérifications ne sont pas tracées.</p> <p>Lorsqu'une erreur est détectée dans les traitements livrés, un mail est aussitôt écrit à la pharmacie avec en copie le MedCo et la cadre de santé. Mais aucune feuille</p>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
d'événement indésirable n'est rédigée, ce qui ne permet pas de quantifier l'importance globale de ces erreurs ni de déceler une éventuelle augmentation lente, ce qui limite potentiellement la mise en œuvre d'actions correctrices.					
<u>Remarque n° 23 :</u> Le repérage d'erreurs dans la préparation des doses à administrer ne fait pas l'objet de fiche d'ER remontée auprès de la pharmacie d'officine et ces erreurs ne sont pas globalement suivies ni analysées.					
Organisation de la vérification de l'effectivité de la prise des médicaments	X			<p>L'établissement a transmis à la mission une procédure intitulée : « AIDE À LA PRISE DES MÉDICAMENTS », dont la dernière mise à jour date du 20 juin 2019.</p> <p>La vérification de l'effectivité de la prise est assurée par l'IDE mais également par les soignants.</p> <p>La cadre de santé a précisé à la mission que les soignantes n'hésitent pas à venir lui signaler un événement indésirable, lorsqu'un médicament est retrouvé. Elle rédige alors elle-même l'événement indésirable avec les informations recueillies auprès du soignant.</p> <p>[REDACTED] est également tracé lorsque certains résidents nécessitent une surveillance accrue de leur prise de médicament.</p>	<p>Guide ARS Pays de Loire – Omedit de 2016, intitulé « La Préparation des Doses à Administrer (PDA) Guide de mise en place du partenariat EHPAD – pharmacien(s) d'officine », p.23</p> <p>HAS, mars 2022 « Évaluation de la prise en charge médicamenteuse selon le référentiel de certification »</p> <p>[REDACTED] compte-tenu du nombre important d'IDE vacataires, il lui est plus facile d'organiser l'enregistrement sur papier plutôt que sur le logiciel de soins. Cela lui évite de devoir réexpliquer le fonctionnement du logiciel à l'arrivée de chaque nouveau professionnel.</p> <p>La mission a retrouvé sous forme de transmission narrative par les AS de nuit la mention de la non-prise d'un traitement.</p>

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>Remarque n° 24 :</p> <p>La mission a observé que la traçabilité de l'administration des médicaments n'est pas systématiquement réalisée au fur et à mesure de la distribution, ce qui ne respecte pas les bonnes pratiques professionnelles.</p>	
Modalités de mise en œuvre des modifications de prescriptions avant l'échéance du terme de la préparation hebdomadaire	X			<p>Le MedCo a expliqué en entretien qu'il gérait les modifications de prescription de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pour une ordonnance temporaire, type antibiotthérapie, il formalisera une ordonnance différente de l'ordonnance habituelle ;</li> <li>– Pour une modification du traitement de fond, il modifiera l'ordonnance de base.</li> </ul> <p>Plusieurs modes de transmissions possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Soit il donne à l'IDE la version papier qu'elle envoie sous forme scannée par mail à la pharmacie ;</li> <li>– Soit il envoie par mail l'ordonnance au format Pdf à l'IDE qu'elle transférera à la pharmacie ;</li> <li>– Soit dans certaines situations, il envoie directement l'ordonnance Pdf à la fois à l'IDE et à la pharmacie.</li> </ul> <p>C'est ensuite l'officine qui se charge de la préparation du traitement et de la livraison conformément aux dispositions de l'article 14 « fréquence de livraison » de la convention.</p>	Article R4235-48 CSP
Procédure de délégation de la distribution des médicaments aux AS ou AVS (y.c pour les administrations de nuit)	X	R		<p>Une procédure « Aide à la prise des médicaments » a été transmise à la mission. Cette procédure prévoit que les AS peuvent se voir déléguer par l'IDE l'administration d'un médicament.</p> <p>La procédure respecte la réglementation en matière de délégation possible ou non (ainsi les stupéfiants, les injections, aérosols et formes liquides orales ne peuvent être délivrées par les AS).</p> <p>Cependant, elle ne prévoit aucune formation spécifique des AS à la distribution et à l'administration des médicaments et indique même : « L'aide à la prise peut être assurée par un aide-soignant (A.S) sous la responsabilité de l'I.D.E. dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni <b>apprentissage particulier</b> ». La mission rappelle que l'acte d'administration reste un acte ayant des exigences techniques et qui demande une grande rigueur.</p>	Articles R. 4311-3 et 4 CSP

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Il n'existe ainsi aucune traçabilité de formation des AS à l'administration des médicaments, ni aucune liste nominative positive ou négative des personnes habilitées à réaliser l'administration une fois qu'elles auraient été formées et mises en situation sous la surveillance d'une IDE ou de la cadre de santé.				<p>[REDACTED] la mission que seuls les AS de nuit réalisent l'administration des médicaments (sauf cas exceptionnel pour les AS de jour) et que ceux-ci sont formés. Elle leur envoie également à tous un mail, pour leur rappeler la procédure de nuit. Cette procédure, détaillée dans sa partie 2 « Distribution et administration orale des médicaments » les régit à respecter lors de cet acte (« la règle des 5 B »).</p> <p>La cadre de santé ajoute passer de temps en temps à l'heure de la distribution afin d'observer leur pratique. Elle réalise des exercices en leur demandant les points à vérifier lorsqu'ils ont le sachet de thérapeutiques en main.</p> <p>Enfin, elle précise que les AVS, les remplaçants et les stagiaires n'ont pas le droit d'administrer les médicaments.</p> <p>La mission a en effet pu constater que cette délégation est inscrite dans les fiches de tâches heures des AS de nuit. Cependant, cela ne figure pas dans la partie 6 intitulée « Administration des médicaments » de la procédure supra citée.</p> <p><u>Remarque n° 25 :</u> La délégation de l'administration des médicaments aux AS n'est pas suffisamment sécurisée et ne permet notamment pas de s'assurer que les AS sont formés et sont en capacité de réaliser cet acte.</p>	L313-26 CASF
Existence d'un protocole spécifique pour l'aide à la prise de traitement par le personnel d'aide à la vie courante	X	X		Dans la procédure intitulée « Aide à la prise des médicaments », il est bien mentionné que l'aide à la prise de médicament est considérée comme un acte de la vie courante. Cependant, la procédure ne mentionne que les AS en tant que personne habilité à réaliser cette aide à la prise, comme cela a été confirmé à l'oral par la cadre de santé.	
Les IDE participent à la prise des médicaments lors des repas ? Seules les AS et AVS réalisent l'aide à la prise ?	X			La cadre de santé a indiqué qu'habituellement, il n'y a pas de délégation d'administration des médicaments à l'AS de jour. Elle a précisé que l'exception de cette pratique peut arriver lorsque le traitement doit être donné à un moment très précis. Par exemple : des gouttes qui devraient être mises impérativement dans la tasse de café du résident sous risque de refus de prise (car goût trop amer). Dans ce cas-là, l'infirmière préparera le café du résident avec les gouttes, et celui-ci sera donné par l'AS. En cas de refus de prise, l'AS le signalera à l'IDE.	

<b>Points abordés et constatés lors de l'inspection</b>	<b>O</b>	<b>N</b>	<b>E/R</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Réf.</b>
Dans la partie 3 « Traçabilité de l'administration des médicaments » de la procédure précédemment citée, il est noté que : « La traçabilité de l'administration des médicaments par l'AS est faite sur la fiche d'administration. », sans préciser qui de l'AS ou de l'IDE est censé la réaliser.					
La mission a pu observer la distribution des traitements lors du repas du midi. L'IDE prépare les sachets de thérapeutiques, qu'elle positionne dans un plateau. Elle passe alors de table en table pour la distribution. Elle ouvre les sachets et place les traitements en bouche ou dans la cuillère selon l'autonomie du résident. Quelle que soit l'autonomie du résident, elle attend la prise des traitements pour s'occuper du résident suivant.					
Offre pour produits stupéfiants	X			Il existe un coffre à produits stupéfiants présent dans l'infirmérie de l'EHPAD, fermé à clé. La clé de ce coffre se trouve dans une boîte à clés dont seuls les IDE et la cadre de santé ont le code.	Article R.5132-26
				Il existe un contrôle du coffre stupéfiant tracé dans une fiche appelée « contrôle coffre stupéfiant 2022 ». Selon cette fiche, le contrôle doit être effectué de façon hebdomadaire avec élargissement du contrôleur. Ces vérifications sont bien effectuées exceptées celles de semaines 42 et 43 du mois d'octobre. Toujours selon cette fiche, les contrôles de ce coffre ont débuté la semaine 21 du mois de mai 2022.	
Report des administrations de stupéfiants sur le registre de traçabilité des administrations de produits stupéfiants	X			La mission a pu vérifier la conformité du registre de traçabilité des administrations de produits stupéfiants, qui était positionné à l'intérieur du coffre.	Article R5132-36 CSP
La récupération des médicaments prescrits nominativement et non utilisés en vue de leur destruction est organisée pour les stupéfiants ?	X			Selon les échanges avec l'IDE, les retours pharmacie des stupéfiants prescrits nominativement et non utilisés en vue de leur destruction, sont réalisés par la cadre de santé.	

## 7.5 Qualité et gestion des risques

<b>Points abordés et constatés lors de l'inspection</b>	<b>O</b>	<b>N</b>	<b>E/R</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Réf.</b>
Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ?				Une responsable qualité a été recrutée en août 2022 au sein de la fondation. Elle a pour mission d'appuyer la démarche qualité dans l'établissement, de « challenger » les procédures et de manager les outils de prévention des risques. Il convient de relever que la directrice adjointe de l'établissement arrivée en septembre 2021 a été présentée comme référente de la qualité en charge de mener plusieurs audits (Cf CR CVS de juillet 2021). Elle a quitté la résidence au 1 <sup>er</sup> octobre 2021 selon les informations transmises par le siège.	L312-8, D312-203, D312-205 CASF
Existence d'une démarche d'évaluation interne				La dernière évaluation interne transmise date de 2013.	D312-205
Existence d'une démarche d'évaluation externe				La dernière évaluation externe date de 2014.	
Existence d'un plan d'action suite aux évaluations				L'établissement a transmis un document plan d'action « qualité et management du risque » en date de 2018. Ce document concerne l'ensemble des structures gérées par le groupe. Il fait mention d'axe d'amélioration dans les thématiques suivantes :	
				<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'appropriation du logiciel Bluekango</li> <li>➤ L'enregistrement systématiquement des événements indésirables</li> </ul>	
La mise en place de la planification des actions (pilote, priorité, date de fin prévue)				La mise en place de la planification des actions (pilote, priorité, date de fin prévue)	
Existence d'un plan bleu				<p>Le plan bleu transmis par la direction le 13 juin 2022 aux services de l'ARS est incomplet et ne comprend pas les procédures et protocoles pourtant énoncés et figurant dans la trame du document dans la liste des annexes. 8 protocoles sont vides et ne contiennent que l'intitulé : il s'agit des protocoles suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Protocole « Forte chaleur »</li> <li>8. Protocole « Hydratation »</li> <li>9. Protocole « Epidémie de grippe »</li> <li>10. Protocole « Epidémie de gastroentérite »</li> <li>11. Procédure « Suspicion de Toxi-Infection Alimentaire »</li> <li>12. Procédure « Conduite à tenir en cas de contamination environnementale à la légionnelle »</li> <li>13. Protocole « Infections Respiratoires Aiguës Basses »</li> </ol>	Article D 312-160 CASF Un arrêté du 7 juillet 2005 (modifié par l'arrêté du 8 aout 2005) fixe notamment le cahier des charges du plan bleu : celui-ci doit comporter entre autres la désignation d'un référent responsable en cas de SSE, une convention avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération, ainsi qu'un protocole relatif aux modalités d'organisation de l'établissement en cas de

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				14. Procédure « Signalement d'un évènement indésirable » Par ailleurs le projet d'établissement 2020-2024 n'aborde pas le plan bleu.  Écart n° 22 : Le projet d'établissement n'intègre pas de plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, ce qui contrevient à l'article D 312-160 du code de l'action social et des familles.	déclenchement du plan d'alerte et d'urgence
Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des satisfactions, réclamations et plaintes des résidents ?				Il n'existe pas de système d'enregistrement permanent et de suivi des satisfactions, réclamations et plaintes des résidents. Les réclamations se font surtout à l'oral.	
Les éléments signalés par les résultats des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles, ainsi que l'analyse des réclamations et plaintes sont-ils utilisés pour améliorer les prestations fournies ?				A la connaissance de la mission, seule une enquête de satisfaction sur la restauration a eu lieu.	
Existe-t-il une démarche d'évaluation périodique des pratiques ?				La direction de l'établissement a indiqué à la mission que des réunions de supervision des pratiques par un psychologue du travail externe se tenaient tous les 15 jours pour l'ensemble des équipes jusqu'à fin 2021.  La cadre de santé précise qu'à son niveau, elle en a réalisé sur les médicaments et qu'elle va mettre en place un audit hygiène des mains. Pour le moment, il n'y a pas d'audit des soins IDE.	
Les prestations effectuées en sous-traitance (restauration, ménage, linge...) font-elles l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ?				La direction de l'établissement a indiqué à la mission qu'une enquête de satisfaction sur la restauration a été réalisée en 2021.  Le contrat de sous-traitance du linge résident avec AD3 prévoit à son article 10 des rencontres trimestrielles pour faire le point sur la prestation et il est mentionné un rapport de satisfaction à remplir par le client en 9 points.  Le contrat ESSI sur le bionettoyage comprend un cahier des charges très précis des prestations de nettoyage mais aucune évaluation n'y est mentionnée.  Selon les entretiens avec les représentants du siège, la fondation est en réflexion pour une ré internalisation des prestations sous-traitées.  La mission a par ailleurs constaté un défaut d'entretien et de nettoyage dans la salle de pause du personnel.	

<b>Points abordés et constatés lors de l'inspection</b>	<b>O</b>	<b>N</b>	<b>E/R</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Réf.</b>
Existe-t-il des groupes de travail thématiques consacrés à l'amélioration de la qualité, associant les représentants des résidents et les professionnels concernés ?				Il n'existe pas de groupe de travail associant les professionnels et les représentants des résidents.  Il ressort de l'entretien avec la cadre de santé, qu'elle travaille avec le service qualité du siège. La CDS n'était pas présente lors de l'inspection qui s'était déroulée en 2018 mais compte-tenu de son arrivée en 2019, elle a eu connaissance du rapport et a mis en place les actions correctives sur le circuit du médicament afin d'en assurer sa sécurité.	
Nombre de réclamations ayant fait l'objet d'une étude et d'une réponse en 2021				L'établissement possède un document de suivi et des réunions sont censées se tenir une à deux fois par an là-dessus, mais il y a eu une période de latence. Selon les entretiens, l'arrivée d'une nouvelle ingénierie qualité sur le siège doit permettre de relancer la dynamique.	
Existe-t-il une procédure de traitement des réclamations (recueil, traitement, rapport, suivi...) ?		R		Il n'existe pas de procédure de traitement des réclamations.	
Nombre de fiches d'EI en 2021		E		L'établissement n'a pas transmis la liste des réclamations de 2021.	
Le conseil de vie sociale est-il informé des dysfonctionnements et des EI qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure, ainsi que des mesures prises ?				L'établissement a transmis une liste des événements indésirables pour la période 2018-2022.  4 EI ont été recensés en 2021 et aucun en 2022.  Écart n° 23 :  En ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations, des signalements et des événements indésirables formalisé et opérationnel, la direction contrevient aux dispositions des articles L331-8-1 et R331-8 du CASF ; et ne s'appuie pas sur les recommandations de bonne pratique de la 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 ».	Article R 331-10 CASF
Enregistrement systématique des chutes comme EI	O			Il n'est pas fait mention dans les CR des CVS transmis (CVS de mai 2022, de juillet et d'avril 2021) de dysfonctionnements ou d'EI.	Article R 331-10 CASF
Nombre de signalements d'incidents et d'EI adressés à l'ARS en 2021				Sur la période 2019-2022, 6 signalements ont été remontés à l'ARS dont 2 en 2022 qui se sont avérés être des réclamations (émigrant de familles) et donc traitées dans le cadre des réclamations. 2 EI concernaient des TIAC et le problème de	Article L331-8-1 CASF, article R331-8 & 9 CASF, Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à

<b>Points abordés et constatés lors de l'inspection</b>	<b>O</b>	<b>N</b>	<b>E/R</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Réf.</b>
Les incidents et accidents donnent-ils lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition ?				restauration a été traité depuis. Un EJ a été déclaré par la direction par rapport à des relations conflictuelles avec une famille à laquelle l'établissement a remis un courrier d'avertissement.	l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, article R. 1413-59 et R. 1413-79 du CSP
				Certains dysfonctionnements peuvent être discutés entre la CDS et les IDE et/ou les AS, mais il n'existe pas de véritable organisation et formalisation d'analyse d'incidents.	Article L331-8-1 CASF , article R331-8 & 9 CASF Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, article R. 1413-59 et R. 1413-79 du CSP

## 8 CONCLUSION

L'inspection de l'EHPAD Amaraggi géré par la fondation CASIP COJASOR a été réalisée de façon inopinée le 3 novembre 2022.

La mission d'inspection a constaté les difficultés auxquelles se trouve confronté l'EHPAD :

- Celles liées aux effets de la crise Covid sur le fonctionnement de l'établissement, qui en est ressorti fragilisé : départ de personnel [redacted] difficultés de recrutement des IDE, arrêts malades longs [redacted], arrêt des projets de développement dans un contexte de gestion de crise.
- Les difficultés structurelles liées au bâtiment (répartition des résidents sur 4 étages avec des temps d'attente importants aux ascenseurs et des escaliers ne desservant pas tous les niveaux) ; vétusté du bâti et défaut d'entretien/réparation ; salle de pause du personnel inappropriée.
- La conciliation des droits de visite des familles qui sont très investies et très présentes au sein de l'établissement et les règles inhérentes au fonctionnement collectif.

Nonobstant ce contexte général, la mission a constaté le non-respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relevant de dysfonctionnements importants en matière :

- **Gouvernance/Organisation de l'établissement et gestion des ressources humaines**
  - Un défaut de mise en œuvre de l'autorisation en hébergement temporaire (HT) qui se traduit par une absence de projet spécifique pour l'accueil temporaire. Cette situation ne répond pas aux besoins de répit des aidants familiaux.
  - Des astreintes assurées par [redacted] des cadres qui ne disposent pas de subdélégation pour agir ni de protocoles spécifiques.
  - Difficulté de recrutement des IDE se traduisant par un taux de 75% de vacataires pour cette catégorie de personnel et un effectif d'IDE en deçà du référentiel CPOM.
  - Des salariés insuffisamment formés sur la prise en charge des résidents au regard du plan d'action et du plan de formation de l'EHPAD transmis, et des difficultés d'appropriation des procédures par du personnel s'inscrivant sur un temps court.
  - Une absence de visibilité sur les projets de mutualisation RH des établissements de la fondation et sur l'organisation à venir et la composition pluridisciplinaire de l'EHPAD (quotité temps de psychologue, de psychomotricien et de direction adjointe)
  - Une absence de mise à jour du registre des entrées et sorties des résidents depuis 2019.
- **Qualité et gestion des risques**
  - Un système d'appel malade défaillant : absence de réponse aux appels, fonctionnement defectueux, absence d'enregistrement des appels et d'analyse des délais de réponse.

- 
- Une absence de déclaration des évènements indésirables (EI) notamment pour des erreurs dans la préparation des doses à administrer livrées ; ces dernières ne sont ainsi pas globalement suivies et analysées.
  - Une procédure de déclaration des EI dont l'appropriation par les équipes est à développer, et à actualiser sur les aspects transmissions aux autorités de contrôle : ARS et ville de Paris.
  - Une évaluation insuffisante des prestations externalisées et des pratiques professionnelles, et donc absence de plan d'action d'amélioration de la qualité (PAQ).
- ***Les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan de la qualité des prestations hôtelières et d'animation ; Respect du droit des résidents, communication interne, modalités de prise en compte et de traitement de la demande des résidents et les familles, politique de bientraitance :***
- Bâti : Défaut général de travaux de maintenance nécessaires pour sécuriser notamment l'ensemble des prises électriques et l'accès aux armoires électriques.
  - Restauration : La durée du jeûne nocturne est supérieure à 12h ; Défaut du respect des RBPP par le personnel en charge de l'aide à la prise aux repas.
  - Animation : Les animations proposées ne garantissent pas une participation active et une stimulation suffisante des résidents.
  - Absence de procédure formalisée de recueil et de traitement des réclamations qui ne favorise pas la communication entre les familles et la direction.
  - Pratiques des contentions à revoir pour assurer le respect du droit d'aller et venir des usagers.
  - Règlement intérieur du CVS non adopté par ses nouveaux membres, nombre de réunions annuelles et formalisation des comptes rendus non conformes à la réglementation.
  - Non communication au CVS du bilan des évènements indésirables et du plan d'action mis en œuvre pour y remédier,
  - Des documents d'information à destination des résidents et des familles non actualisés.
- ***Sur le plan de la prise en charge médicale et soignante :***
- Au sein de l'équipe des quatre infirmières, une seule est en CDI et les trois autres postes sont occupés par des IDE vacataires, certes régulières, mais [REDACTED] qui ne peuvent donc pas porter les actions d'amélioration qui restent à mettre en œuvre.
  - Les bonnes pratiques de prise en charge ne sont pas suffisamment respectées pour la mise en œuvre des contentions, la réalisation d'un bilan gériatrique (notamment à l'admission), le suivi des pansements et de la douleur. La délégation de la prise médicamenteuse aux AS n'est pas suffisamment sécurisée.
  - Les dossiers médicaux et de soins des résidents sont dispersés sur de multiples supports : le logiciel [REDACTED] dont la rubrique des transmissions comporte beaucoup trop d'informations qui devraient être saisies dans les rubriques prévues (suivi de la douleur, une partie du suivi des pansements, observations médicales ou paramédicales, prescriptions de contention...) d'une part, et de nombreux autres

---

supports papiers (synthèses médicales, ordonnances, une partie du suivi des pansements, suivi des glycémies, traçabilité des prises médicamenteuses), ce qui rend difficile une vision globale de la prise en charge du résident et pénalise la continuité des soins.

- La traçabilité des soins infirmiers, des soins des AS/AES et de la rééducation est très insuffisante pour assurer une bonne continuité de la prise en charge.
- Les relations avec les partenaires institutionnels et les professionnels libéraux intervenant dans les prises en charge médicale et paramédicale des résidents sont insuffisamment formalisées.

#### **La mission a relevé par ailleurs plusieurs points forts :**

- L'EHPAD dispose d'atouts importants que sont la présence d'un MedCo, qui est également médecin prescripteur, et celle d'un second médecin prescripteur, d'une cadre de santé et d'une équipe d'AS/AMP stable. De plus, l'ambiance de travail est bonne, aux dires des professionnels interrogés.
- Les résidents sont régulièrement suivis sur le plan médical. Des plans de soins d'hygiène et d'aide à la vie quotidienne sont programmés et régulièrement mis à jour pour tous les résidents.
- Un encadrement médical et paramédical avec de bonnes pratiques à souligner en matière de travail sur les prescriptions médicamenteuses afin de limiter le nombre de médicaments (risque iatrogénie) ; un bon suivi nutritionnel et un personnel sensibilisé aux risques liés aux chutes des résidents.
- Des équipements et du matériel en nombre suffisant pour le travail des équipes (rails de transfert ; protections, gants, etc).
- Une politique de promotion interne et d'accueil de stagiaires afin de faciliter les recrutements et fidéliser le personnel.

#### **La mission a également relevé des opportunités à saisir pour l'EHPD Amaraggi :**

- La redéfinition de l'organisation du siège,
- Une direction désormais à temps plein,
- Des évaluations sur la qualité des prestations externalisées dans le cadre d'un projet d'internalisation de ces fonctions ;
- Un nouveau logiciel de soins ;
- Un CPOM à négocier.

Ces constats nécessitent que le gestionnaire fondation CASIP COJASOR, la direction générale, la direction régionale et la direction de l'établissement s'engagent rapidement à mettre en place des actions de correction/d'amélioration.

Fait à Saint Denis, le 31 janvier 2023

<p><b>Florence LALLEMAND-JASON</b> Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARSIF</p>	<p><b>Delphine LIOT-TIERCELIN</b> Médecin désigné inspecteur par la DGARSIF</p>
<p><b>SIGNE</b></p>	<p><b>SIGNE</b></p>
<p><b>Nathalie VALERO</b> Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARSIF</p>	<p><b>Fanny REYNAUD</b> Chargée du contrôle des ESMS parisiens Ville de Paris</p>
<p><b>SIGNE</b></p>	<p><b>SIGNE</b></p>
<p><b>Cassandra ROCHELLE</b> Chargée du contrôle des ESMS parisiens Ville de Paris</p>	
<p><b>SIGNE</b></p>	

## 9 RECAPITULATIF DES ECARTS ET REMARQUES

### Récapitulatif des écarts et remarques :

E 1	Le jour de l'inspection, l'autorisation de places en hébergement permanent (HP) est au seuil maximal de 76 places et 1 seule place peut être considérée en hébergement temporaire. Une procédure pour admission de plusieurs résidents en hébergement permanent est en cours. L'autorisation en hébergement temporaire (HT) n'est donc pas mise en œuvre, l'EHPAD Amaraggi ne répond pas notamment à la demande de répit pour les aidants ou à des situations d'urgence <sup>20</sup> .
E 2	En ne disposant pas de projet spécifique pour l'accueil temporaire, l'EHPAD contrevient aux articles L313-1 et D 312-9 du CASF.
E 3	En ne tenant pas à jour le registre des entrées et sorties, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L 331-2 du CASF.
E 4	Le règlement intérieur du CVS n'a été ni actualisé ni adopté par le CVS constitué à la suite des élections de janvier 2022. Les compte-rendu de CVS ne précisent pas le secrétaire de séance. Le CVS ne s'est réuni qu'une seule fois en 2022.
E 5	Le bilan des évènements indésirables ne fait pas l'objet de présentation en CVS.
E 6	Le système d'appel malade est défaillant : fonctionnement défectueux, absence d'enregistrement des appels et donc de contrôle des délais de réponse. A l'occasion de tests, la mission a pu constater, lorsque l'appel fonctionnait, un délai de réponse supérieur à 10 minutes, voire une absence de réponse aux appels. Cela compromet la sécurité des personnes prises en charge et contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 du CASF.
E 7	L'accès aux dossiers médicaux des résidents en version papier n'est pas sécurisé et ne permet pas de garantir la confidentialité des informations médicales
E 8	Le stockage des médicaments du stock tampon et du stock hors piluliers n'est pas correctement sécurisé et permet à des personnes non autorisées d'y avoir accès
E 9	Les responsables de l'EHPAD n'ont pas signé, avec les médecins prescripteurs, de contrat-type, prévu dans l'annexe de l'arrêté du 30 décembre 2010.
E 10	L'absence de réunion de la commission de coordination gériatrique contrevient à l'article D312-158 3° du CASF
E 11	Il n'existe pas de RAMA pour l'année 2021
E 12	En ne signant pas une convention avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération, et notamment les modalités d'un échange sur les bonnes pratiques susceptibles de prévenir les hospitalisations ainsi que les règles de transferts en milieu hospitalier lorsqu'ils s'avèrent indispensables, le gestionnaire ne respecte pas le cahier des charges fixé par arrêté du 7 juillet 2005 pour établir le plan bleu prévu par l'article D312-155-4-1 du CASF (abrogé) et repris dans l'article D312-160 du CASF
E 13	En infraction à l'article R.311-0-7 du CASF, l'annexe au contrat de séjour des résidents sous contention ne mentionne pas les modalités de décision et de mise en œuvre de la contention (selon le modèle figurant dans l'annexe 3-9-1 du décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016)
E 14	La traçabilité des soins infirmiers réalisés est pauvre (pour les pansements en particulier) et manque de fiabilité (feuilles volantes de pansements non datées). Les capacités du logiciel [REDACTED] ne sont pratiquement pas exploitées pour programmer et suivre les soins infirmiers. Cette insuffisante traçabilité des soins infirmiers est susceptible de porter atteinte à la qualité et à la sécurité de l'accompagnement des résidents telles que prévues par l'article L 311-3 du CASF.
E 15	Le suivi de la kinésithérapie n'est pas régulièrement réalisé et ne respecte donc pas l'article R. 4321-91 du CSP.
E 16	Les responsables de l'EHPAD n'ont pas signé, avec les masseurs-kinésithérapeutes, de contrat-type, prévu dans l'annexe de l'arrêté du 30 décembre 2010.
E 17	La traçabilité des soins réalisés par les AS est très faible, ce qui pénalise la continuité des soins et des activités de soins.
E 18	La mise en œuvre des contentions au sein de la résidence ne respecte ni la réglementation, ni les bonnes pratiques, ni la procédure interne.

<sup>20</sup> Référentiel de bonnes pratiques de l'hébergement temporaire pour personnes âgées en perte d'autonomie en région Bretagne\_ Mai 2017.

E 19	Le suivi de la douleur des résidents n'est pas suffisamment organisé ni tracé mis dans traçabilité P 8 ? et dans P5 ?
E 20	Les ordonnances originales ne sont pas retournées à l'EHPAD par la pharmacie partenaire avec les mentions réglementaires apposées, ce qui ne respecte pas l'article R.5132-13 du CSP, ni la convention signée entre les deux parties.
E 21	L'EHPAD ne dispose pas d'une liste préférentielle de médicaments, ce qui est contraire à la réglementation.
E 22	Le projet d'établissement n'intègre pas de plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, ce qui contrevient à l'article D 312-160 du code de l'action sociale et des familles.
E 23	En ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations, des signalements et des événements indésirables formalisé et opérationnel, la direction contrevient aux dispositions des articles L331-8-1et R331 8 du CASF ; et ne s'appuie pas sur les recommandations de bonne pratique de la 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 ».

R 1	La mission constate un défaut général de travaux de maintenance nécessaires pour sécuriser notamment l'ensemble des prises électriques et l'accès aux armoires électriques.
R 2	
R 3	Les astreintes sont assurées par [REDACTED]s cadres qui ne disposent pas de subdélégation pour agir. Ils ne bénéficient pas de procédures et protocoles pour remplir cette mission spécifique.
R 4	Le livret d'accueil n'est pas actualisé tant sur les changements intervenus au sein de la direction que sur les horaires d'accueil, lesquels mentionnent une ouverture du lundi au vendredi de 9h à 13h puis de 14h à 19h alors que l'horaire de fermeture est désormais 18H (affiche à l'entrée de l'EHPAD précise les horaires confirmés par les propos recueillis).
R 5	Il n'existe pas de procédure formalisée de recueil et de traitement des réclamations. Par ailleurs, la mission a pu constater que la communication mise en œuvre auprès des familles par la direction est altérée, elle ne correspond pas à des règles et procédures clairement établies, mais répond davantage à des circonstances liées aux situations rencontrées.
R 6	La liste des personnes qualifiées et le numéro national de lutte contre la maltraitance ne sont pas affichés.
R 7	La procédure de signalement des événements indésirables doit être actualisée et mentionner la Ville de Paris comme autorité à informer.
R 8	L'absence de formations régulières dispensées à l'ensemble des professionnels sur la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques de l HAS (ex-ANESM).
R 9	La mission constate un défaut d'entretien, de réparation et de sécurisation des locaux et des équipements par ailleurs vétustes.
R 10	Aucune animation n'est prévue systématiquement le dimanche. Les animations proposées ne garantissent pas une participation active et une stimulation suffisante des résidents.
R 11	La durée du jeûne nocturne est supérieure à 12h. Réf. Circulaire DSS/DS1/MCGR no 2010-473 du 9 novembre 2010 relative aux priorités de gestion du risque en EHPAD
R 12	La diversification des menus d'une semaine à l'autre est insuffisante.
R 13	Les personnels en charge de l'aide à la prise aux repas ne sont pas assis et ne respectent pas systématiquement les bonnes pratiques professionnelles
R 14	Le projet de soins de l'EHPAD n'est pas un document de référence sur lequel les responsables s'appuient pour mobiliser les équipes.
R 15	Une majorité des dossiers [REDACTED]es résidents n'est pas renseignée au niveau des antécédents et des pathologies, alors que cette information existe sur des fichiers Word établis par le MedCo.
R 16	La dispersion des informations médicales et soignantes ne favorise pas leur accessibilité optimale pour la prise en charge des résidents de l'EHPAD, notamment en cas d'urgence. Elle n'est pas conforme aux recommandations professionnelles publiées en juin 2007 par la DGCS (anciennement DGAS) dans son guide « Dossier de la personne accueillie ou accompagnée : recommandations aux professionnels pour améliorer la qualité ».

R 17	La procédure d'admission ne prévoit aucun bilan gériatrique minimal et n'est pas précise sur les rôles de chaque type de professionnel durant cette phase.
R 18	Le suivi psychologique individualisé de certains résidents réalisé par la psychologue ne fait pas l'objet d'une traçabilité.
R 19	Les troubles de la déglutition ne font pas l'objet d'une recherche systématique à l'admission des résidents, contrairement aux RBPP.
R 20	La prévention du risque d'escarre et le suivi des plaies ne sont pas réalisés selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles
R 21	Il existe de nombreuses incohérences entre les contentions figurant dans la liste récapitulative envoyée au lendemain de l'inspection et la présence (ou l'absence) de contention dans les plans de soins des résidents
R 22	La procédure d'accompagnement de fin de vie ne prévoit pas de réunion de concertation pluridisciplinaire, telle que recommandées par les bonnes pratiques professionnelles.
R23	L'identification des médicaments à écraser (et à ne pas écraser) n'est pas clairement organisée au sein de l'EHPAD.
R24	Le repérage d'erreurs dans la préparation des doses à administrer ne fait pas l'objet de fiche d'EI remontée auprès de la pharmacie d'officine et ces erreurs ne sont pas globalement suivies ni analysées.
R 25	La mission a observé que traçabilité de l'administration des médicaments n'est pas systématiquement réalisée au fur et à mesure de la distribution, ce qui ne respecte pas les bonnes pratiques professionnelles.
R 26	La délégation de l'administration des médicaments aux AS n'est pas suffisamment sécurisée et ne permet notamment pas de s'assurer que les AS sont formés et sont en capacité de réaliser cet acte.

---

## 10 GLOSSAIRE

**AMP** : Auxiliaire médico-psychologique

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**AS** : Aide-soignant

**C** : conforme

**CASF** : Code de l'action sociale et des familles

**CCG** : Commission de coordination gériatrique

**CDD** : Contrat à durée déterminée

**CDI** : Contrat à durée indéterminée

**CDS** : Contrat de séjour

**CNIL** : Commission nationale Informatique et Libertés

**CNR** : Crédits non reconductibles

**Covid** : Corona Virus disease

**CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie

**CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

**CSP** : Code de la santé publique

**CT** : Convention tripartite pluriannuelle

**CVS** : Conseil de la vie sociale

**DADS** : Déclaration annuelle des données sociales

**DASRI** : Déchets d'activités de soins à risques infectieux

**DLU** : dossier de liaison d'urgence

**DUD** : Document unique de délégation

**DUERP** : Document unique d'évaluation des risques professionnels

**E** : Ecart

**EHPA** : Etablissement hébergeant des personnes âgées

**EHPAD** : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes

**EI/EIGG** : Evènement indésirable/évènement indésirable grave

**ETP** : Equivalent temps plein

**GIR** : Groupe Iso-Ressources

**GMP** : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré

**HACCP**: « Hazard Analysis Critical Control Point »

**HAD** : Hospitalisation à domicile

**HAS** : Haute Autorité de Santé (ex-ANESM)

**HCSP** : Haut-comité de santé publique

**IDE** : Infirmier diplômé d'Etat

**IDEC** : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur

---

**MedCo** : Médecin coordonnateur

**NC** : Non conforme

**PVP** : Projet de vie personnalisé

**PAQ** : Plan d'amélioration de la qualité

**PASA** : Pôle d'activités et de soins adaptés

**PECM** : Prise en charge médicamenteuse

**PMR** : Personnes à mobilité réduite

**PMP** : PATHOS moyen pondéré

**PRIC** : Programme régional d'inspection et de contrôle

**R** : Remarque

**RDF** : Règlement de fonctionnement

**UVP** : Unité de vie protégée

## 11 ANNEXES

### 11.1 Annexe I : Lettre de mission

  
**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**  
*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

  
**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Île-de-France

  
**VILLE DE  
PARIS**

**Cabinet de la Directrice générale**  
**Inspection régionale autonomie santé**

**Sous-direction de l'Autonomie**  
**Direction des solidarités**  
**Ville de Paris**

Affaire suivie par : Florence LALLEMAND JASON  
Courriel : florence.lallemand-jason@ars.sante.fr  
Téléphone : 06 60 87 06 88

Madame Florence LALLEMAND JASON,  
inspectrice de l'action sanitaire et sociale,  
Inspection régionale autonomie santé, ARS IDF

Madame Nathalie VALERO, inspectrice de  
l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale  
autonomie santé, ARS IDF

Madame le Docteur Delphine LIOT-TIERCELIN,  
médecin inspecteur désignée par la Directrice  
générale de l'ARS Île-de-France, Inspection  
régionale autonomie santé, ARS IDF

Madame Fanny REYNAUD, chargée du  
contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de  
l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de  
Paris

Madame Cassandra ROCHETTE, chargée du  
contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de  
l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de  
Paris

Saint-Denis, le **2<sup>4</sup> OCT. 2022**

Mesdames,

En février dernier, la ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, a engagé la mise en œuvre d'un programme pluriannuel de contrôle des EHPAD sur l'ensemble du territoire national. Sa poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS.

Les effets attendus du plan sont les suivants :

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD Résidence AMARAGGI (FINESS 750041790) situé au 11 boulevard Séurier à 75019 PARIS, géré par la fondation CASIP-COJASOR, et qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

Cette inspection, réalisée sur le fondement des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), prendra en compte prioritairement les axes suivants:

13 rue du Landy  
93200 Saint-Denis  
Tél : 01 44 02 00 00  
iledefrance.ars.sante.fr

- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins et la prise en charge médicale et soignante ;
- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations ;
- Les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan de la dépendance et de la qualité des prestations hôtelières et d'animation ;
- La politique en faveur de la bientraitance ;
- La gestion et le suivi des évènements indésirables graves.

La mission comprendra :

Pour sa composante ARS :

- Madame Florence LALLEMAND JASON, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection, ARS Île-de-France,
- Madame Nathalie VALERO, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARS Île-de-France,
- Madame le Docteur Delphine LIOT-TIERCELIN, médecin désigné en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'ARS d'Île-de-France au titre de l'article L.1435-7 du Code de la santé publique ;

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris.
- Madame Cassandra ROCHELLE, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris.

Elle sera accompagnée de Madame Hafida MEZROUI, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, affectée à la délégation départementale ARS des Hauts-de-Seine, en stage au sein du service de l'Inspection régionale autonomie santé dans la cadre de sa formation d'adaptation à l'emploi.

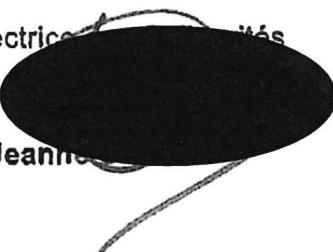
L'inspection sera réalisée sur le mode inopiné et débutera à compter du 3 novembre 2022. Elle comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer. Elle pourra s'adjointre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

Un rapport nous sera remis dans un délai d'un mois à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L. 121-1 du code des relations entre le public et l'administration. Nous notifierons les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

Toutefois, si les constats qui seront faits conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du code de l'action sociale et des familles, une proposition de mesures adaptées nous sera transmise dans les meilleurs délais.

La Directrice générale  
de l'Agence régionale de santé  
  
Amélie VERDIER

Pour la Maire de Paris et par délégation,

La Directrice de l'Agence régionale de santé  
  
Jeanne JEANNE

## 11.2 Annexe II : Liste des documents demandés et des documents transmis

Jeudi 03 Novembre 2022  
EHPAD Résidence AMARRAGI

**Liste (non exhaustive) des documents à remettre à la mission conformément à l'article L1421-3 du code de santé publique**

### Documents à remettre immédiatement :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	Vérification
A	<i>Liste nominative des résidents</i> par chambre admis à ce jour avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, bénéficiaire aide sociale et leur GIR (si possible format EXCEL et non pdf) ;	1 copie + sur clef USB	oui
B	<i>Liste nominative des professionnels</i> intervenant au sein de l'EHPAD (titulaires, CDI/CDD, stagiaires, libéraux etc..) avec leur fonction, affectation, présents/absents/poste vacant et date de recrutement (format EXCEL et non pdf)	1 copie + sur clef USB	oui

### Documents à remettre avant 10 H 30 :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	Verification transmission	Commentaires /Questions
C	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	1 copie + sur clef USB	oui	Cf pièces numérotées 17 (planning novembre)
D	Organigramme nominatif de l'EHPAD	1 copie + sur clef USB	oui	
E	Un plan des locaux	1 copie + sur clef USB	NON	
F	Dernier rapport annuel d'activité médicale (RAMA)	1 copie + sur clef USB	NON	
G	Liste des résidents sortis depuis Décembre 2024	1 copie + sur clef USB	NON	L'équipe n'instruira pas ce point
H	Procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des événements indésirables dont ceux associés aux soins : - procédure présentant le type d'EI à déclarer et modalités de déclaration - extraction/copie du registre d'enregistrement des EIG déclarés aux autorités de contrôle et plans d'action corrective mis en œuvre) (N et N-1)	1 copie + sur clef USB	oui	CF pièces N°29

**A remettre ce jour :**

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	Vérification transmissio nau 10 nov	Commentaires /Questions
I- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations				
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, médecin prescripteur et de l'IDEC	Clé USB		Manque Med prescripteur et les doc nouvelle direction
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, de l'IDEC et médecin prescripteur	Clé USB		Manquent les contrats des 2 médecins prescripteurs (MedCo et Dr Jean)
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Copie + clé USB		
4	Subdélégation de l'adjoint de direction	Clé USB		
5	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Clé USB		
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Clé USB		
7	Calendrier des astreintes depuis le 1 <sup>er</sup> janvier 2022	Copie + clé USB	oui	Compléter ce calendrier par le nom complet des personnes
8	Planning des CODIR EHPAD réalisés en 2021 et 2022 et les CR	Clé USB		
9	Planning des CODIR avec l'OG réalisés en 2021 et 2022 et les CR	Clé USB		
10	CR des réunions d'équipes			
11	Projet d'établissement	Clé USB		On a déjà
12	Projet de soins	Copie + clé USB		Dans PE
13	Plan d'amélioration continue de la qualité	Clé USB		oui
14	Rapport financier et d'activité détaillé du directeur pour l'ERRD 2021 (Art R. 314-232 CASF)	Clé USB	oui	
15	Liste nominative des personnels CDD en 2021 et janvier à août 2022	Clé USB	oui	
16	Extraction sous fichier Excel du Registre unique du personnel	Clé USB	oui	
17	Plannings des équipes de soins jour/nuit des 3 derniers mois (y-compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur + plannings des 3 mois réalisés AOUT-SEPTEMBRE-OCTOBRE + planning prévisionnel de Novembre Précision de la légende des sigles utilisés	Copie + clé USB	oui	
18	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Copie + clé USB	oui	
19	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation		
20	Dossiers RH des salariés	Consultation		
21	Les fiches de tâches heurées des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	Copie + clé USB	oui	
22	Les fiches de tâches heurées des ASH	Copie + clé USB	oui	
23	Les conventions de stage des élèves stagiaires présentes le jour de la visite d'inspection	Copie + clé USB	oui	

<b>24</b>	Copie des registres des délégués du personnel	Consultation		
<b>25</b>	Cahiers des Délégués du personnel	Consultation		
<b>II- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance</b>				
<b>26</b>	Liste nominative des résidents admis à ce jour avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance ou âge, date d'entrée, date de PVI, bénéficiaire aide sociale, protection juridique (si possible format EXCEL et non pdf)	Copie + clé USB	partiel	
<b>27</b>	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI	Clé USB		
<b>28</b>	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation		Pas mis à jour depuis 2019
<b>29</b>	Récapitulatif des évènements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	Copie + clé USB	oui	
<b>30</b>	Protocole de signalement des évènements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Copie + clé USB	oui	
<b>31</b>	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	Consultation	non	N'existe pas
<b>32</b>	CR des réunions des CVS 2021 et 2022 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Copie + Clé USB	partiel	
<b>33</b>	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1 et M en cours 2022) ;	Consultation		
<b>34</b>	Extraction du journal appel malades de J-1 et de la nuit écoulée	Clé USB		N'existe pas
<b>35</b>	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation	oui	
<b>III- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante</b>				
<b>36</b>	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne	Consultation		
<b>37</b>	Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Copie + clé USB	oui	
<b>38</b>	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Copie + clé USB	oui	
<b>39</b>	Liste nominative des résidents ayant des repas enrichis, mixés ou hachés ; si collations nocturnes, modalités de préparation/distribution	Copie + clé USB	oui	Suivi médical MAJ au 13/08
<b>40</b>	Liste nominative des médecins traitants des résidents	Copie + clé USB	oui	
<b>41</b>	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé au titre de la continuité des soins (urgences / HAD / Soins palliatifs)	Copie + clé USB	oui	
<b>42</b>	Conventions signées avec l'équipe mobile gériatrique (EMG), les réseaux de soins palliatifs, les services de hospitalisation à domicile (HAD), les services de psychiatrie, etc.	Copie + clé USB	oui	
<b>43</b>	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	Copie + clé	oui	non
<b>44</b>	Rapport de la commission gériatrique annuelle et dates de réunions 2021 et 2022	Copie + clé USB	non	N'existe pas
<b>45</b>	Liste détaillée de tous les protocoles de soins et le détail de certains protocoles : admission, chute, douleur, pansements, soins palliatifs, fin de vie dénutrition, contentions, conduite à tenir en cas d'urgence	Copie + clé USB	oui	
<b>46</b>	Procédure d'évaluation du risque légionelle (identification des résidents vulnérables)	Copie + clé USB	oui	

<b>47</b>	DASRI		oui	
<b>48</b>	Récapitulatif des chutes année 2021 et 1 <sup>er</sup> semestre 2022	Copie + clé USB	NON	Extraction réalisée par équipe inspection
<b>49</b>	Tableau de suivi 2021-2022 des poids/IMC des résidents	Copie + clé USB	oui	CF pièces 39
<b>50</b>	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	Copie + clé USB	oui	Oui, figure dans une des procédures d'urgence
<b>51</b>	Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de vaccins achetés, nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés	Copie + clé USB		
IV-La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins				
<b>52</b>	Contrats de location des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours Équipement de l'EHPAD en rails, lèves personnes et chariots douches ?	Clé USB	oui	Dans factures
<b>53</b>	Bulletins de paie de l'ensemble du personnel en fonction à l'EHPAD du mois M-1 et M	Copie + clé USB	oui	
<b>54</b>	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours ( <i>tableau Excel</i> et non pdf)	Copie + clé USB	oui	
<b>55</b>	Factures 2020 et 2021 des consommables (protections contre l'incontinence, produits diététiques enrichis et d'eaux gélifiées, achats de crèmes pour la prévention des escarres, gants) et des locations (lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres, ascenseur)	Clé USB	oui	
<b>PIECES COMPLEMENTAIRES A DEMANDER</b>				
<b>56</b>	GCSMS avec les autres EHPAD dont Fondation Rothschild			Demandé par mail le 4 nov
<b>57</b>	Autorisation frais de siège			idem
<b>58</b>	Subdélégation signature interim direction (délégation donnée à CDS)			
<b>58 bis</b>	Diplôme, contrat de travail et DUD nouvelle direction		CF points 1 et 2	idem
<b>59</b>	Document de présentation de la fondation, du projet associatif et de la nouvelle organisation			idem
<b>60</b>	Procédure recrutement siège/ direction Etablissement			
<b>61</b>	Procédure accueil nouveaux arrivants			
<b>62</b>	Dernier Bulletin de salaire de la directrice Mme RAD plus solde de tout compte et accord transactionnel			
<b>63</b>	Subdélégation directrice adjointe sinon dernier bulletin de salaire et solde de tout compte			
<b>64</b>	CR du CSE sur 2021 et 2022			
<b>65</b>	Bon de commande/ factures pour changement des appels malades			
<b>66</b>	Contrat avec les prestataires externes : bionettoyage/restauration/blanchisserie			
<b>67</b>	Contrats des intervenants exerçant à titre libéral (médecins traitants, kinésithérapeutes)			
<b>68</b>	Livret d'accueil			
<b>69</b>	Règlement de fonctionnement			
<b>70</b>	Menus sur les 4 dernières semaines			
<b>71</b>	Plannings d'animation sur les 4 dernières semaines			
<b>72</b>	PV des services vétérinaires de la DDPP suite à leur visite du 25 octobre			Ne l'avait pas reçu

---

**11.3 Annexe III : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection**  
**(Le jour de la visite sur site et/ou les jours suivants par RDV téléphonique)**

- La directrice générale du siège de la fondation
- Le directeur adjoint du pôle médico-social du siège
- Le directeur achats et services supports du siège
- Le responsable technique du siège
- La responsable administrative et financière du siège
- La cadre de santé
- Le médecin coordonnateur
- La psychologue
- Deux infirmiers
- 1 AS
- L'animateur
- 1 représentant des usagers
- 8 familles