

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées  
dépendantes (EHPAD) «Résidence de Sèvres» gérée par  
« Résidence de Sèvres» S.A.S. (Goupe DOMIDEP)**

**Adresse 81 bis, rue Vaneau, 75007 PARIS**

**N° FINESS 750002552**

**RAPPORT D'INSPECTION**

**N° 2022\_0433**

**Déplacement sur site le 28 juin 2022**

**Mission conduite par les inspecteurs de l'ARS suivants :**

- Madame Dominique MOULS, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection ;
- Madame Nathalie VALERO, 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 Sophie PASQUIER, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Chargée de mission secteur personnes âgées, Délégation départementale de Paris, ARS Île-de-France ;

**Et par le représentant des services de la Ville de Paris :**

- Monsieur Robby N'GUYEN, Chargé de suivi d'établissements pour personnes âgées, Service Seniors, Sous-direction de l'Autonomie, Ville de Paris.

**Accompagnés par**

- Madame le Docteur Sylvie JOANNIDIS, médecin, chargée d'inspection désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du CSP ;
- Madame Luisa FLORES, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.

<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 CRPA :

- ➔ 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 en matière commerciale et industrielle ;
- portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;
- faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;
- Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique ».

L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : « lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de disjoindre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions ».

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

## SOMMAIRE

<b>1</b>	<b>SYNTHESE</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUCTION</b>	<b>6</b>
2.1	Contexte de la mission d'inspection .....	6
2.2	Modalités de mise en œuvre .....	6
2.3	Présentation de l'établissement .....	7
<b>3</b>	<b>CONSTATS</b> .....	<b>8</b>
<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>9</b>
4.1	L'encadrement des équipes .....	9
4.2	La situation des effectifs .....	9
4.3	L'organisation du travail .....	11
<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>20</b>
5.1	Le nombre et le profil des résidents accueillis .....	20
5.2	Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents .....	20
5.3	La communication avec les familles et le CVS .....	20
5.4	La gestion des réclamations et des événements indésirables .....	20
<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>27</b>
6.1	Les prestations hôtelières .....	27
6.2	Les achats de consommables .....	27
6.3	L'équipement médicalisé et les installations à visée thérapeutique .....	27
<b>7</b>	<b>ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA DISPENSATION DES SOINS - PRISES EN CHARGE MÉDICALE ET SOIGNANTE</b> .....	<b>33</b>
7.1	Les locaux et installations dédiés aux soins .....	33
7.2	Les missions du médecin coordonnateur .....	34
7.3	Les soins individuels .....	39
7.4	Prise en charge médicamenteuse .....	47
7.5	Qualité et gestion des risques .....	51
<b>8</b>	<b>RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES</b> .....	<b>55</b>
<b>9</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>60</b>
<b>10</b>	<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>61</b>
<b>11</b>	<b>ANNEXES</b> .....	<b>63</b>
11.1	Annexe I : Lettre de mission .....	63
11.2	Annexe II : Liste des documents demandés et des documents transmis .....	67
11.3	Annexe III : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection .....	71

## 1 SYNTHÈSE

### Éléments déclencheurs de la mission

La Ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, a engagé en février 2022 la mise en œuvre rapide d'un programme d'inspection des EHPAD sur l'ensemble du territoire national.

La présente inspection, diligentée sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le cadre de ce programme dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC).

Elle est conjointement diligentée par la Directrice générale de l'ARS et par le Maire 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 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 a débuté le 9 février 2022 et 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 ;
- Les conditions qualitatives et sécuritaires actuelles de prise en charge des résidents, sur le plan hôtelier, de l'animation, de la vie sociale et de la dépendance.

### 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, des professionnels de l'établissement et des résidents ou leurs représentants.

Les membres de la mission ont / n'ont pas rencontré de difficultés particulières au cours de la visite d'inspection puis lors des échanges postérieurs.

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

L'EHPAD La Résidence de Sèvres présente des atouts :

- Concernant la gouvernance, des comités de direction hebdomadaires élargis au personnel non cadre (psychologue, psychomotricienne, animateur), permettant une communication interne fluide,
- Des familles présentes,
- S'agissant de l'organisation de la prise en charge en soins, un médecin coordonnateur impliqué dans ses missions de coordination médicale et le recours à un IDE de nuit mutualisé.
- Un Plan d'action médicamenteux élaboré à la suite d'un autodiagnostic du circuit du médicament.
- En matière de conditions d'hébergement et de vie des résidents, des prestations hôtelières de qualité et une animation assurée par un professionnel qualifié.

Toutefois, la mission a identifié plusieurs écarts à la réglementation et aux bonnes pratiques professionnelles :

- En matière de ressources humaines, le personnel n'est pas stable, plusieurs postes sont vacants et notamment les postes d'infirmier et d'aide-soignant de nuit et de nombreux vacataires sont présents, soulevant un risque dans la continuité et la sécurité des soins ; les dossiers RH ne sont ni classés ni ordonnés ;
- Concernant les conditions d'admission et d'hébergement des résidents, les dossiers des résidents sont incomplets, les projets d'accompagnement des résidents ne sont pas tous actualisés et/ou absents des dossiers administratifs des résidents ; des appareils mobiles de climatisation avec des câbles dans les couloirs présentent un risque de chute pour les usagers et les salariés ; le recueil des doléances et réclamations des usagers n'est pas formalisé ;
- S'agissant de l'organisation des soins, les supports des données médicales et soignantes - dont la prise en charge médicamenteuse - sont dispersées, la traçabilité des observations médicales et des soins est insuffisante et non systématiquement nominative, ne garantissant pas la coordination et la sécurité des soins ;
- Concernant la prise en charge médicamenteuse, des ordonnances médicales sont échues depuis plus de 3 mois, le stockage et les étapes de la vérification des traitements de la livraison de la PDA jusqu'à l'administration au résident ne sont pas sécurisées (les chariots de médicaments, vétustes, ne sont pas fermés), la délégation de l'administration aux aides-soignants et au personnel de la vie courante ne fait l'objet ni de procédures ni de formations et d'habilitation des personnels concernés ;
- En ce qui concerne les conditions de travail des personnels et l'hygiène des locaux, les réfrigérateurs dans les tisaneries n'ont pas de thermomètre, le local de stockage des protections est exigu, désordonné et encombré, absence de salle de réunion, les soignants ne portent pas de surblouse lors de la prise des repas, ;
- La gestion des risques et la culture qualité sont insuffisantes (absence de groupes de parole et d'analyses de pratiques).

## 2 INTRODUCTION

### 2.1 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 de Sèvres » situé au 81bis, rue Vaneau 75007 PARIS, qui fait partie du groupe privé DOMIDEP.

Aussi, la DG ARS et la Maire de Paris ont 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.

### 2.2 Modalités de mise en œuvre

L'équipe d'inspection pluridisciplinaire constituée de six personnes (cinq professionnels administratifs et un médecin) comprend :

*Pour sa composante Agence régionale de Santé (ARS) :*

- Madame Dominique MOULS, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection ARS Ile-de France ;
- Madame Nathalie VALERO, 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 ARS Ile-de France ;
- Madame Sophie PASQUIER, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Chargée de mission secteur personnes âgées, Délégation départementale de Paris, ARS Ile-de France, ARS Ile-de France ;

Accompagnés de :

- Madame le Docteur Sylvie JOANNIDIS, médecin, chargée d'inspection désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du CSP, ARS Ile-de France ;
- Madame Luisa FLORES, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique, ARS Ile-de France ;

*Pour sa composante Ville de Paris*

- Monsieur Robby N'GUYEN, Chargé de suivi d'établissements pour personnes âgées, Service Seniors, Sous-direction de l'Autonomie, Ville de Paris.

Le contrôle a été effectué, sur place et de manière inopinée, le 28 juin 2022 de 8H30 à 19h00.

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces mais aussi sur place<sup>1</sup>. Elle s'est rendue dans les locaux de l'EHPAD le 28 juin 2022. Au cours de cette journée de visite, l'équipe d'inspection a rencontré notamment la direction et des professionnels soignants et non soignants ; elle a mené des entretiens avec 12 personnes dont la présidente du CVS. A l'issue de cette journée de visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec la directrice<sup>2</sup>. En outre, les jours suivants, la mission a recueilli le témoignage d'une famille.

<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

## 2.3 Présentation de l'établissement

### *Rappel de l'autorisation de l'EHPAD*

Ouvert fin 2014 au 81 bis, rue Vaneau, 75007 PARIS sur l'ancien site de l'hôpital Laennec, l'EHPAD privé lucratif « Résidence de SEVRES » était directement géré par le groupe « DOMIDEP ». Sa capacité provient, lors de son installation sur ce site, de deux transferts d'autorisation : 30 places d'hébergement permanent (HP) de l'EHPAD « La Désirade » 75016 Paris, 14 places HP de l'EHPAD « Villa Saint Romain » 75016 Paris.

Depuis 2019, l'EHPAD « Résidence de SEVRES » reste détenue indirectement par le groupe « DOMIDEP » via la Société par Actions Simplifiée (SAS) « Résidence de SEVRES » qui est une filiale à 100% dudit groupe. A la suite d'un dernier transfert d'autorisation de 3 places HP de la « Résidence Club de Montsouris », 75014 Paris, en 2017, sa capacité autorisée est de 47 places d'hébergement permanent (HP).

Cet établissement n'est pas habilité à recevoir de bénéficiaires de l'aide sociale et ne comprend pas de places en accueil de jour (AJ), ni en hébergement temporaire (HT). Il n'est pas autorisé pour accueillir en particulier des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer et ne comprend pas d'unité de vie protégée (UVP), ni de pôle d'activités ou de soins adaptés (PASA) ou d'unité d'hébergement renforcée (UHR).

### *Groupe DOMIDEP*

Le groupe privé « DOMIDEP », créé en 1989, détenait en France 110 établissements fin 2021 accueillant 7 300 résidents auxquels s'ajoutent 30 établissements situés en Allemagne et en Belgique qui accueillent près de 2 400 résidents. Il opère principalement dans la prise en charge des personnes âgées en maisons de retraite médicalisées.

Siégeant au 18 rue du Creuzat, 38080 L'Isle-d'Abeau, le groupe « DOMIDEP », se présente sur son site internet comme une entreprise familiale qui « cultive la discrétion ». Il est gestionnaire de trois autres EHPAD à Paris, les établissements parisiens relevant d'une direction régionale :

- L'EHPAD « Villa Jules JANIN » 75016 Paris de 17 places en hébergement permanent ;
- L'EHPAD « Club Le Montsouris » 75014 Paris de 31 places en hébergement permanent ;
- L'EHPAD « Les Parentèles » 75009 Paris de 64 places en hébergement permanent et 7 places en hébergement temporaire.

Le jour de la visite, le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD « Résidence de Sèvres » est de 40 résidents, soit un taux de présence de 85 %.

Dans le procès-verbal de validation de l'évaluation AGGIR et PATHOS réalisée en 2019, le GMP s'élève à 709 et le PMP à 263. Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 738 et 221.

Aussi, les données de l'EHPAD traduisent elles un niveau de dépendance moyen (GMP) inférieur et un besoin moyen en soins requis (PMP) supérieur aux chiffres médians régionaux susmentionnés.

Sur les 40 résidents accueillis le jour de la visite (28/06/2022), le niveau de dépendance (GIR) pour 39 d'entre eux était évalué, un des résidents n'ayant été admis que 48h auparavant.

Ces 39 résidents étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
28/06/2022					
2021					
IDF <sup>3</sup>					

Le budget de fonctionnement de l'EHPAD Résidence de Sèvres s'élève à 1 522 783 euros en 2021, dont 182 129 € au titre de l'hébergement, 3 893 € au titre de la dépendance et 962 364 € au titre du soin<sup>4</sup>.

Un CPOM 2020-2022 (5 ans) a été signé le 28 février 2020 qui couvre les trois EHPAD parisiens du groupe gestionnaire DOMIDEP.

Les objectifs du CPOM 2020-2024 (5 ans) sont les suivants (extrait du CPOM) :

N°		INTITULE DE LA FICHE OBJECTIFS
1		<u>Renforcer la coordination des soins et réduire les hospitalisations évitables</u>
2		<u>Fidéliser les personnels et stabiliser les équipes soignantes</u>
3		<u>Améliorer :</u> - <u>la prise en charge des troubles psycho-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer</u> - <u>l'hygiène bucco-dentaire des résidents</u>
4		<u>Maintenir ou tendre vers un taux d'occupation élevé dans les EHPAD</u>
5		<u>Maintenir la qualité et renforcer l'individualisation de la prise en charge</u>
6		<u>Développement durable de Paris et responsabilité sociétale des établissements (RSE)</u>

Il n'a pas été transmis aux autorités de contrôle et de tarification de revue des objectifs du CPOM dans le cadre de la transmission de l'ERRD au 30 avril 2022 (annexe 6 du CPOM), ni de bilan intermédiaire (en vue d'une évaluation à mi-parcours prévue en 2022).

L'EHPAD participe à l'expérimentation « IDE de nuit » (infra).

### 3 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 pour oui ou conforme, N pour Non ou 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

CASF, CSP et RBPP HAS

<sup>3</sup> ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

<sup>4</sup> Source : ERRD / RA 2021

---

## 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

### 4.1 L'encadrement des équipes

L'organigramme de l'EHPAD mis à jour au 28 juin 2022 est nominatif et indique les liens entre les agents. Toutefois, il ne précise pas l'ETP de chacun ni s'il s'agit de liens hiérarchiques ou fonctionnels.

Ainsi, le médecin coordonnateur est situé « au-dessus » de l'IDEC, de la psychologue et de la psychomotricienne.

L'IDEC est située « au-dessus » des IDE et des AS de jour et de nuit.

La gouvernante est située « au-dessus » des responsables de salle et des agents de service hôteliers de jour et de nuit.

Les chefs cuisiniers sont situés « au-dessus » des commis de cuisine.

Il est indiqué à la mission que les plannings sont suivis par la direction.

### 4.2 La situation des effectifs

Une synthèse des états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) des années 2020 et 2021 figurent aux rapports d'activité réalisés en 2021 et 2022.

Cela permet de connaître le nombre d'équivalents temps pleins rémunérés chaque année par catégorie professionnelle, ce qui inclut les personnels en contrat à durée indéterminée (CDI) et les personnels en contrat à durée déterminée (CDD).

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) pour 2022 présente les ETP budgétés par catégorie professionnelle. Les ETP budgétés servent principalement à définir la masse salariale prévisionnelle en se basant sur un salaire moyen chargé<sup>5</sup> par catégorie de professionnel. La convention de rémunération mentionnée sur les bulletins de salaires est la "convention collective unifiée V.10 de décembre 2002 hospitalisation privée".

Catégorie professionnelle	ETP rémunérés en 2020	ETP rémunérés en 2021	ETP budgétés pour 2022
Direction			
Médecin			
Animation			
Soins (AS, AMP, AES)			
Psychologue			
IDE (inclus le cadre IDE)			
Autres auxiliaires médicaux (Psychomotricien)			
Hôtellerie (ASH, agent blanchisserie, entretien, restauration)			
Cuisine			
Service technique			
Total			

<sup>5</sup> Salaire brut annuel + charges patronales afférentes

L'établissement bénéficie d'une convention de mutualisation d'IDE de nuit avec 4 autres EHPAD du territoire avec l'ARS, en date du 23/11/2018. La « Résidence Club Le Montsouris » est porteur de la convention, recrute et gère les plannings des IDE de nuit. La mission n'a pas reçu le planning des IDE de nuit.

La liste des salariés de l'établissement, remise à la mission, permet de différencier les CDI des CDD. Elle comporte 140 personnes qui sont ou ont été soit salariés dans l'établissement (CDI ou CDD) soit sous convention (stage, professionnalisation). Cette liste commence le 01/09/2012<sup>6</sup>.

Parmi les personnes rémunérées, six suivent une formation diplômante :

- Un stagiaire de direction depuis fin juin 2022 sans date de fin de convention dans la liste
- Un stagiaire adjoint de direction en convention de mai à novembre 2022 (cinq mois)
- Un AES en contrat de professionnalisation de juin 2022 à 2024 (deux ans)
- Deux AES en contrat d'apprentissage, un de neuf mois et un de 17 mois
- Une AVS en VAE AS recruté en CDI le 01/06/22

La mission dénombre 31 CDI et 21 CDD soit 52 personnes au total. La liste ne mentionnant pas la quotité de travail qui permet de calculer les ETP, le tableau présente la répartition par catégorie en effectifs (personnes physiques).

28/06/2022	Catégorie professionnelle	Effectifs CDI	Effectifs CDD	Total
Direction	Directeur Directeur adjoint			
Administration	Secrétaire - accueil			
Soins & accompagnement de vie	Médecin coordonateur IDE Cadre IDE Soins (AS, AMP, AES) ASH (FF AS) Psychologue Psychomotricien Gouvernante Agent d'entretien AVS Chef de cuisine Cuisinier Aide de cuisine / plongeur Agent de service hôtelier Animatrice			
Hébergement				
<b>Total</b>				

<sup>6</sup> Date d'entrée la plus ancienne

Aux effectifs salariés s'ajoutent trois kinésithérapeutes libéraux, une « socio-coiffeuse » et une « socio-esthéticienne ».

Seuls deux contrats portant conditions d'intervention des masseurs-kinés en EHPAD (contrats signés le 30/12/2010), sur les trois kinésithérapeutes intervenant sont présentés.

**ECART n°1 : En ne demandant pas aux professionnels paramédicaux libéraux intervenant dans l'établissement de signer une convention encadrant leurs modalités d'intervention, le gestionnaire et la direction contreviennent à l'article L314-12 du CASF.**

Deux documents datés du 28 juin 2022 permettent d'étudier le nombre de salariés permanents, la liste utilisée supra et un document intitulé « Effectifs titulaires résidence de Sèvres » adressé a posteriori par mail.

Les deux documents sont discordants et le tableau des effectifs n'est pas conforme : il mentionne une personne ayant quitté l'établissement et inclut les stagiaires, apprentis, personnes en contrat de professionnalisation et VAE comme des effectifs permanents à taux plein. L'effectif permanent en fonction est de 31 personnes et non de 41.

Le nombre de postes vacants s'élève à minima à 11 personnes pour un ETP de 10,25 sans tenir compte du poste de psychologue qui sera vacant au 15 juillet 2022 (0,4 ETP) :

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

Historique du poste d'IDEC.

Le poste a été occupé de juillet à novembre 2018 puis de juin 2019 à novembre 2021 après une vacance de sept mois. Une nouvelle IDEC a repris ensuite le poste pour sept mois après une vacance de deux mois et a quitté l'établissement le 26 juin 2022, deux jours avant la mission d'inspection. Actuellement le poste est occupé par un IDE en CDD jusqu'au 31 juillet 2022.

L'établissement accueille régulièrement des stagiaires soins (liste 2021-2022 affichée dans le bureau du médecin-coordonnateur et de l'IDEC).

#### 4.3 L'organisation du travail

L'établissement a fourni à la mission les plannings mensuels des mois d'avril à août 2022.

Les plans de l'établissement montrent la répartition des chambres de résidents entre les étages un à six :

Etage	1er	2ème	3ème	4ème	5ème	6ème
Chambres	6	11	11	8	6	5

Aucun planning d'avril à août ne prévoit de personnel de soins (AS-AMP) pour le 6<sup>ème</sup> étage, or le jour de l'inspection trois résidents y sont hébergés.

L'étude des plannings et des codes de séquences de travail du système d'information ressources humaines (SIRH) permet d'étudier l'organisation du travail et plus particulièrement celle de l'équipe soignante et de la cuisine.

Les aides-soignants (AS) ont quatre horaires de travail de jour et un de nuit qui permettent aux deux équipes (jour-nuit) de se rencontrer entre 6H30 et 6H45 et entre 20H45 et 21H.

Les AS sont présents sur une amplitude de 12H et travaillent 10H rémunérés avec trois temps de pause : 15 minutes le matin, 1h30 en début d'après-midi et 15 minutes milieu d'après-midi. Selon les entretiens, les résidents ne sont pas systématiquement accompagnés pendant les pauses.

Les temps de pause ne sont pas correctement planifiés avec des absences de présence de soignant.

Pour illustration, le planning du mois de juin 2022 est établi comme suit :

Etage	Amplitude horaire	Pause
1 <sup>er</sup> 6 résidents	AS 8 : 8h00/20h00	AS 8 : 13h00/14h30 Aucune prise en charge sur l'étage sur cette tranche horaire
2 <sup>e</sup> 11 résidents	AS 8 : 8h00/20h00 AS 9 : 9h00/21h00	AS 8 : 13h00/14h30 AS 9 : 13h30/15h00 Aucune prise en charge entre 13h30 et 14h30
3 <sup>e</sup> 11 résidents	AS7 : 7h/19h00	AS7 : 11h30/13h30 Aucune prise en charge entre 11h30 et 13h30
4 <sup>e</sup> 8 résidents	AS7 : 7h/19h00 AS 9 : 9h00/21h00	AS7 : 11h30/13h30 AS 9 : 13h30/15h00 Pas de prise en charge entre 13h00 et 13h30
5 <sup>e</sup> 6 résidents	AS 9 : 9h00/21h00	AS 9 : 13h30/15h00
6 <sup>e</sup> 5 résidents	Absence de personnel soignant planifié	

L'établissement bénéficie de 16 ETP AS-AMP en roulement soit théoriquement sept AS par jour dans les étages et un AMP en 8H30-20H30.

La dénomination des fiches heurées des AS (AS1 à AS 5) ne correspond pas aux libellés des plannings ni aux temps de pause qui y sont mentionnés.

Les deux ETP AMP du planning sont pourvus partiellement par deux salariés en contrat d'apprentissage d'AS qui sont peu sur site au regard des plannings et par une personne en contrat de professionnalisation AES qui les a rejoint en juin.

2022	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août
Présence d'un apprentis AES	9 jours	30 jours	14 jours	26 jours	31 jours

Sept aides-soignants doivent prendre en charge les résidents dans les six étages chaque jour avec un minimum de sécurité de six AS diplômés soit un par étage.

La mission constate que les plannings ne répondent pas au minimum sécuritaire pour la prise en charge des résidents car l'effectif cible n'est atteint que pour 2 jours en avril, 5 en mai, 1 en juin et jamais en juillet et août 2022.

La mission constate aussi que sur les 2 mois de juillet et août l'horaire "AS7" qui commence à 6H30 et prend le relai du personnel de nuit n'est pas systématiquement présent et que les résidents sont donc laissés sans aides-soignants pendant 1H15 en attendant l'arrivée du personnel du poste "AS8" qui prend son poste à 8H.

Cette rupture de la prise en charge se produit le 1<sup>er</sup> juillet puis les 10, 13, 14, 15, 18 et 19 août, jours qui sont aussi en dessous de l'effectif sécurisé de 6 AS. Au mois de juillet et d'août sont prévus des personnels ASH faisant fonction d'AS et des stagiaires (apprentis ou professionnalisation). Cela est particulièrement remarquable en août à partir du 10.

Ce planning révèle un manque d'anticipation des congés annuels des aides-soignants et une organisation de l'accompagnement ne correspondant pas à une prise en charge continue des résidents. Aucun AS n'est en CP en juillet alors qu'en août cinq AS sont en congés annuels et deux en congés maternité ; au total sept absences.

**ECART n°2 : En n'organisant pas une planification de présence des AS diplômés en nombre suffisant correspondant à une prise en charge continue des résidents, le gestionnaire et la direction contreviennent aux article D 312-155-0. II et L 311-3 du CASF et n'assurent pas la sécurité et le bien-être des personnes.**

Les infirmiers sont trois dont un infirmier coordonnateur à temps plein. Cet équivalent temps plein d'IDEC pour un établissement de 47 places est très au-dessus des pratiques des EHPAD, quelques soit leur statut, où l'on a un ETP d'infirmier coordonnateur pour plus de 80 voire 100 résidents. Bien que la fiche de poste de l'IDEC ne mentionne pas le remplacement d'un IDE si cela est nécessaire, ce cas de figure ne présente pas de problème s'il est ponctuel.

Le temps de travail journalier et le roulement des infirmiers. Les IDE travaillent 10H par jour sur une amplitude horaire de 11H30. Les IDE sont présents de 8H à 19H30.

Au regard des plannings le roulement des IDE se déroule sur deux semaines

Un IDE est présent chaque jour.

	L	Ma	Me	J	V	S	D	L	Ma	Me	J	V	S	D	L	Ma	Me	J
IDE 1	inf	inf			inf	inf	inf		inf	inf					inf	inf		
IDE 2			inf	inf				inf	inf		inf	inf	inf	inf		inf	inf	

L'IDEC travaille en semaine de 35 heures avec les repos hebdomadaire le week-end, il est présent de 9h à 17h.

- En avril, l'IDE prévu le samedi 16 n'est pas venue et l'établissement n'avait ni IDE ni IDEC. L'IDEC a remplacé cinq congés maladie.
- En mai, sept jours de remplacement maladie IDE par l'IDEC dans le mois.

- En juin, l'établissement n'a pas eu d'infirmier pendant deux fois deux jours (8 et 9 puis 14 et 15). [REDACTED]
- Prévisionnel juillet, arrivée d'un IDEC en CDD le premier pour un mois. Une seule journée (le 27 juillet) nécessitera l'intervention de l'IDEC sur le terrain en remplacement d'un IDE.
- Prévisionnel août, le planning ne prévoit pas la présence d'un IDEC et le vendredi 5 août aucun IDE n'est programmé.

**ECART n°3 : En ne mettant pas en place une présence quotidienne et effective d'un IDE, le gestionnaire et la direction contreviennent aux article D 312-155-0. II et L 311-3 du CASF et n'assurent pas la sécurité et des soins continus aux personnes hébergées.**



**ECART n°4 : En n'organisant pas la présence systématique d'un AS ou AMP diplômé chaque nuit, le gestionnaire et la direction contreviennent aux article D 312-155-0. II et L 311-3 du CASF et n'assurent pas la sécurité et des soins continus aux personnes hébergées.**

Le personnel de cuisine fait aussi parti des personnels travaillant tous les jours de l'année, l'équipe minimum en cuisine est composée d'un cuisinier et d'un plongeur.



**Remarque n°1 : En n'organisant pas la présence effective et quotidienne d'un cuisinier, le gestionnaire et la direction n'offrent pas la prestation vendue aux résidents et compromettent leur sécurité en cas de changement de texture notamment.**

**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 constats lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Réf.
<p>• <b>L'encadrement des équipes</b></p> <p>-Le jour J<sup>7</sup>, la direction de l'EHPAD est-elle assurée régulièrement ?</p> <p>-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>				<p>La directrice en poste est en charge de cette fonction depuis [REDACTED]. Elle dispose d'un document unique de délégation de pouvoir consignée du « dirigeant de la SAS « Résidence de Sèvres » par ailleurs président du groupe Domidep, à la date du 5/01/2022.</p> <p>Bien que le nom du groupe Domidep n'apparaisse pas dans ce DUD, il est indiqué que le directeur de l'EHPAD « est tenu de signaler à la direction des exploitations et à la direction régionale, dans les meilleurs délais tout fait ou incident sortant de la vie normale de l'établissement ». Il « effectue un contrôle budgétaire mensuel et en tient informé la direction des exploitations et la direction régionale par la production d'un tableau de bord ».</p> <p>En outre, ce DUD indique que le délégué « est tenu de transmettre au service Ressources Humaines les éléments variables de poste, les mouvements de personnels ainsi que l'ensemble des pièces afférentes. » En outre, « Les éventuels contentieux [RH] pourront être gérés selon leur nature en concertation avec la direction des exploitations, la direction régionale, la direction juridique et la direction des ressources humaines. »</p> <p>La direction assure une astreinte téléphonique ; il n'est pas prévu d'organisation au niveau du groupe gestionnaire. Par note du 21 juin 2022, l'établissement a remis à la mission les précisions relatives à l'astreinte administrative, aux soins de nuit et à l'astreinte technique.</p> <p>Une procédure en date du 1<sup>er</sup>/06/2022 porte sur la gestion d'une urgence en cas d'absence de la directrice, suivant laquelle l'IDEC est mobilisée à titre principal.</p>	<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</p>

7 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	Réf.
Conformité de l'équipe pluridisciplinaire ?					
-Recrutement, diplôme, qualité de travail, contrat de travail et fiche de poste du MEDCO, Bulletin salaire ?				L'équipe de l'EHPAD est pluridisciplinaire et comprend : une directrice, un médecin coordonnateur (0,4 ETP pour un ESMS entre 45 et 59 places), des IDE, des AS/AMP, AES et des personnels psyché-éducatifs.	D. 312-155-0 II du CASF et D312-155-0-1 si FFASA et D312-155-0-2 si UHR
-Permanence/astreinte médicale formalisée ?				Le médecin coordonnateur (MEDCO) est titulaire d'une ETP. Elle est présente sur site le lundi et le jeudi à hauteur de 0,40 ETP.	D. 312-156, D. 312-157 et D. 312-159-1 CASF
-Recrutement, diplôme, qualité de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'IDEC/ cadre de santé, bulletin de salaire ?				Pas de médecin prescripteur	
-Permanence/astreinte paramédicale formalisée ?				L'IDE en charge de la coordination paramédicale qui est en poste le jour de la visite est en CDD, il a été recruté du [REDACTED]. Il est titulaire du [REDACTED]. Selon la fiche de poste remise à la mission (sans en-tête ni date), l'IDEC a notamment pour fonction d'encadrer l'équipe soignante et de former et d'évaluer les équipes.	
				L'établissement peine à stabiliser l'encadrement du soin : depuis Juin 2018 3 IDEC en CDI se sont succédées avec des durées de présence chacune de moins de 6 mois, entrecoupée d'une vacance du poste de 6 mois entre 2018 et 2019. L'IDEC actuelle vient de démissionner.	
				L' [REDACTED] [REDACTED] Ces dispositifs quasi simultanés sont matières à [REDACTER] la prise en charge et la coordination des soins ainsi que les projets en cours : pour exemple la mise en place du nouveau logiciel du dossier patient, très attendue des soignants, a été suspendue suite au départ de l'IDEC.	
				L'EHPAD bénéficie d'une astreinte d'IDE de nuit mutualisée entre 4 structures du groupe.	
				Ecart n°5 : L'encadrement des soins n'est pas stabilisé alors que l'un des postes infirmiers est régulièrement pourvu par des vacataires, ce qui peut être de nature à altérer la qualité et la sécurité des soins conformément aux articles L. 311-3 et D. 312-155-0 du CASF.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Réf.
Cf. Plans de formation 2021 (réalisé) et 2022 (prévisionnel) et attestations de formation dans les dossiers salariés				<ul style="list-style-type: none"> <li>- douleur du sujet âgé : évaluation et prise en charge,</li> <li>- toilette et aide quotidienne adaptées aux personnes désorientées,</li> <li>- hygiène des soins au quotidien,</li> <li>- hygiène bucco-dentaire de la personne fragilisée.</li> </ul> <p>En interne, la psychologue conduit des « temps de sensibilisation » des équipes : 6 en 2022 et un au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2022.</p>	
<b>La situation des effectifs</b>					
Existe-t-il un logiciel métier de recensement/suivi des salariés présents prévus (planning) ?				SI [REDACTED] » (source : Grille d'audit interne, 15/02/2022)	
Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents ?				L'organisation du travail est pilotée par la directrice.	
Comment sont contrôlées les présences à chaque changement de service ?					
Absents non prévus (pxx malts : maternité, AT, maladies, absences de courte durée...) le jour de la visite ?					
Cf. Recensement des salariés présents le jour J et écart avec le planning	0			6 salariés absents non prévus le jour de l'inspection, soit 3 absences injustifiées et 3 en maladie. 2 salariés sont en congés maternité.	
Comment la structure fait-elle face aux absences du jour J ?					
Existe-t-il une procédure pour organiser les remplacements ?	0			<p>L'établissement dispose d'un protocole portant remplacements des salariés absents (document établi le 17 mars 2022). Trois cas de figures y sont tracés : remplacement non prévu ; remplacement en urgence ; pool de remplacement (pour ce dernier, la liste est affichée dans le bureau de l'IDEC et à l'accueil).</p> <p>Selon la « procédure en cas d'absence de la direction » (supra), en cas d'absence d'un salarié, l'IDEC (appelle les ASS/SH/veilleur de nuit de la contre équipe) ; en cas d'absence d'une IDE, « l'IDEC parle au remplacement ou met en place des échanges de jour avec l'autre IDE ».</p>	
Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés ?					
Des fiches de tâches hebdomadaires pour les personnels de jour ? de nuit ?	0		0	<p>Les fiches de poste sont remises à l'embauche.</p> <p>Les AS de jour (1<sup>er</sup> étage et deuxième étage) disposent d'une fiche de tâches hebdomadaires. L'AS de nuit - qui intervient sur tous les étages- dispose également d'une fiche de tâches hebdomadaires (couvrant le période 19h30-7h30 alors que le SIRH donne les horaires de 20H45 à 6H45).</p>	L_3113_CASF (sécurité des personnes)

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Réf.
-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) ?				<p>Le psychomotricien est en contrat de professionnalisation, sans précision sur l'identité de son tuteur en intérieur à l'EHPAD et/ ou à l'institut de formation.</p>	
-Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste <sup>6</sup> et dossier RH type, remise de documents : RF...				<p>Le directeur de l'EHPAD rend compte et prend notamment appui, comme indiqué dans le DUD (supra) aux directions suivantes du groupe Domidap : la direction des exploitations, la direction régionale (restaurée en décembre 2021 selon un mail adressé par la direction d'exploitation à la VDP et à l'ARS), la direction juridique, la direction des ressources humaines.</p> <p>Le Projet d'Etablissement daté de 2019-2024 :</p> <p>R : les professionnels de l'établissement ne sont pas ou peu associés à l'élaboration du projet d'établissement et du projet général de soins.</p> <p>Ne mentionne pas qu'il ait été soumis à la consultation du CVS ou autre forme de participation des usagers.</p> <p>R : La déclinaison des « orientations à 5 ans », qui comporte 5 actions à échéance échue et une action ayant pour échéance 2024 (portant ouverture d'une unité dédiée aux personnes handicapées veillissantes (au 1<sup>er</sup> étage) » ne fait pas l'objet d'un suivi formalisé (avec indicateurs d'avancement, désignation d'un pilote).</p> <p>Des comités de direction hebdomadaires élargis au personnel non cadre (psychologue, psychomotricienne, animateur) sont organisés, faisant l'objet de compte rendus. Ils abordent les thématiques suivantes : mouvements de résidents, prise en charge (soins, hébergement), RH, animation, relations familles et CVS.</p> <p>L'audit interne du 5/02/2022 ne fait pas mention d'une procédure formalisée.</p>	311-8 du CASF (contenu PEPE tous les 5 ans) et D312-176-5 CASF (privé) D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : projet relatif aux soins palliatifs) D312-158 1 <sup>er</sup> du CASF (MedCo élabore projet général de soins s'intégrant dans PE)
-Formations prévues/realisées dont : - pratiques professionnelles, - bientraitance/prévention de la maltraitance, - bon usage des outils et équipements de travail.				<p>Il a été remis à la mission un plan de développement des compétences 2020, 2021 et 2022, distinguant formations individuelles et collectives avec l'institut de la formation ; ces plans ne comportent pas le nombre d'agents ayant suivi les formations collectives. Pour 2022, 4 formations collectives « métier » sont prévues ;</p>	RBPP «Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMH-Anesm-HAS

<sup>6</sup> Par ex. : travail en doubleton, accompagnement par un pair, formations aux spécificités des résidents, accès aux informations individuelles], dossier RH type, remise de documents O/N : RF...

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/I C	N/I NC	E/I R	Commentaires	Réi.
Diplômes et contrats de travail dans les dossiers RH, bulletin de paie ? Entretiens avec le directeur/trice DRH			R	Sur six dossiers de salariés examinés, deux n'ont pas été trouvés. Sur les quatre dossiers trouvés, le diplôme du salarié n'est pas joint dans deux dossiers ; trois dossiers contiennent bien le contrat de travail. Les bulletins de paie ne sont pas joints.	
				<b>Remarque n°2 : L'établissement est invité à veiller à ce que les dossiers des salariés contiennent l'exhaustivité des pièces attendues.</b>	

---

## **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**
- 5.2 Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents**
- 5.3 La communication avec les familles et le CVS**
- 5.4 La gestion des réclamations et des évènements indésirables**

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 :

Points abordés et constatés lors de l'inspection	Commentaires			Réf.
	O	N/ NC	E/R	
Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ?	0	/	E	<p>L'établissement dispose d'un registre légal des entrées et des sorties. Ce registre a été commencé le 20 octobre 2014. La dernière entrée inscrite remonte au 28 février 2022. Au jour de la visite, l'EHPAD accueillait 40 résidents soit un taux de présence de 85%.</p> <p>Selon l'ERRD 2021, le taux d'occupation réalisé était de 86,68% en 2020 et de 78,04% en 2021.</p> <p><b>Remarque n°3 : Le taux de présence de l'EHPAD est inférieur au taux d'occupation de 95% fixé par arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R. 314-160 du CASF.</b></p> <p>Le registre est mis à jour par l'accueil. Données issues du registre des entrées et sorties (registre transmis en photos)</p> 

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / N/ NC	E/R C	Commentaires	Réf.	
				O	N/NC
Nb de résidents accueillis le jour J ? Existe-t-il un logiciel métier ou autre document de recensement/suivi des résidents présents ? Taux de présence le jour J (nb PA accueillies/nb places installées) ?	0		<p>En effet, il ressort de la consultation des contrats de séjours de certains résidents et des comptes rendus du CODIR (03/03/2022, 07/04, 15/04 et 22/04/2022, 05/05/2022) que l'établissement accueille régulièrement des résidents en hébergement temporaire sans autorisation.</p> <p><b>Remarque n°4 : L'EHPAD autorisé à héberger des personnes âgées à titre permanent, accueille des résidents pour des séjours de courte durée.</b></p> <p>Réf. Article L313-1 alinéa 4 du code de l'action sociale et des familles (CASF)</p> <p>Registre mal rempli, lignes effacées, dates erronées post entrée</p> <p><b>Ecart n°6 : Le registre des entrées et des sorties des résidents n'est pas tenu à jour.</b></p>		
			<p>Le jour de l'inspection, 40 résidents sont présents sur une capacité de 47 places. Ils sont répartis comme suit dans l'établissement :</p> <p>5 résidents au 1<sup>er</sup> étage ; 9 au 2<sup>ème</sup> étage ; 9 au 3<sup>ème</sup> étage ; 8 au 4<sup>ème</sup> étage ; 6 au 5<sup>ème</sup> étage et 3 au 6<sup>ème</sup> étage.</p> <p>Répartition par GIR : GIR 1 = 2 résidents ; GIR 2 = 13 résidents ; GIR 3 = 10 résidents ; GIR 4 = 14 résidents.</p> <p>Un tableau de suivi des résidents existe (recense les présents au 29 juin 2022). Il précise les noms, prénoms, date d'entrée, N° chambre, GIR, date de réévaluation du GIR). Pour la majorité des résidents, la réévaluation du GIR a été réalisée le 24 février 2022 ; un GIR en cours pour une personne entrée le 22 juin 2022 ; GIR réévalué le 28 juin 2022, pour une autre.</p> <p>Un logiciel métier pour le recensement/suivi des résidents existe en parallèle du tableau.</p> <p>Le taux de présence, le 28 juin 2022, est de 85%.</p>		
Une personne identifiée est-elle en charge de ce suivi (absences temporaires et motif, connaissance des arrivées et départs prévisionnelles) ?			<p>La personne en charge du suivi des absences temporaires, des arrivées et départs est habituellement le personnel d'accueil.</p>		

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O - NC	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Admission : procédure écrite ? avis pluridisciplinaire ?  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, Charte des DL, mesures particulières sur la liberté d'aller et venir), de la liste des PQ ? Cf. Dossiers des résidents			NC	<p>En raison de mouvement de personnel et du poste vacant, il n'y a plus de personne désignée pour cette tâche.</p> <p>L'accueil est actuellement assuré par des stagiaires possédant diverses missions transversales et qui n'ont pas été désignés spécifiquement pour cette tâche.</p>	

## 5.2 LES MODALITÉS D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS

\* HAS, ex-ANESM « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil », 2009

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / N/ NC	N/ ER	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 âgées de préférence ou déambulantes.			<p>Les dossiers administratifs des résidents examinés par la mission ne contiennent pas le projet personnalisé de vie ou de comptes rendus de réunions de synthèse, ni de formulaire relatif aux directives anticipées.</p> <p>Selon le document de « Synthèse PAP » de 2021 et de 2022 de l'EHPAD, 28 PAP ont été réalisés en 2021 et 17 sont prévus entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 4 juillet 2022 ; soit 35 sur 40 résidents..</p>	Article L. 311-3 du CASF Article D.312-155-031 du CASF ANESM. Fiche repère « Le projet personnalisé: une dynamique du parcours d'accompagnement » (2018), 2011 et 2008 <sup>10</sup>

## 5.2 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 ?  Cf. Cahier de doléance, mail spécifique, formulaire internet, rencontre avec une personne en particulier (« référent »)			Il n'a pas été remis à la mission de copie du recueil des doléances des résidents ou des familles.	L. 311-3, 5 <sup>°</sup> , CASF <sup>11</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 ?  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).	0		<p>Le CVS est opérationnel. Il s'est réuni deux fois en 2021 (les 15 avril et 6 septembre) et deux fois en 2022 (les 9 février et 7 juin).</p> <p>Les comptes rendus de ces réunions ont été produits.</p> <p>La présidente du CVS est une résidente et sa fille, est représentante des familles. Sont élus deux représentants des résidents, un représentant du personnel (en l'occurrence la gouvernante), un représentant des familles, la directrice, voire l'adjoint de direction ou des invités (psychologue). La présidente du CVS est une résidente et sa fille, est représentante des familles.</p> <p>Sont abordés le fonctionnement de l'établissement (pôle soins, restauration, animation, sorties extérieures...), voire les doléances des familles par l'intervention</p>	D. 311-4 à 20 du CASF

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

<sup>11</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 assurées : (...) 5<sup>°</sup> L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires (...). »

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 ?	Il n'y a pas d'auto-évaluation au regard du bien-être des résidents et du respect de leurs droits.  Il n'existe pas de plan d'action portant sur la prévention de la maltraitance. En réunion de service les responsables rappellent les principes de bientraitance (à confirmer)	Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-12 du 22 mars 2007, circulaire DGCSSD2A/2014/58 du 20 février 2014 et HAS <sup>12</sup>	des représentants des familles et des résidents (qualité de la prise en charge ; restauration). Un entretien a eu lieu avec la présidente du CVS (consentement recueilli auprès de cette dernière). Les comptes rendus du CVS sont diffusés aux familles ; ils sont également affichés dans l'établissement et peuvent être consultés à l'accueil dans le hall porte-vues fixé au mur.	Ecart n°7 : Le conseil de vie sociale ne s'est réuni que deux fois en 2021, alors qu'il doit se réunir au moins trois fois par an.
Affichage liste des PQ, n°tel 3977/ALMA ? Mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes ?	Dans un livret d'accueil (classeur sur support en hauteur) placé à l'entrée de l'établissement pour consultation des résidents et visiteurs sont rangés parmi d'autres documents, une affichette relative au dispositif 3977, numéro national d'écoute dédié aux personnes âgées et aux adultes en situation de handicap victimes de maltraitance, la liste des personnes qualifiées et la charte des droits et des libertés de la personne accueillie.	Cf. obligations de sécurité de l'article L311-3 CASF & recommandations de bonne pratique HAS		
	Remarque n°5 : L'affichette 3977 n'est pas affichée de façon visible, mais rangée à l'intérieur d'un classeur.			

<sup>12</sup> HAS, ex-ANESEM « 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

Existe-t-il une procédure de recueil et de traitement des réclamations ? quid des signalements (documenter) ?	Dans le bureau de la direction, il existe un registre des plaintes et réclamations destiné à la Commission des relations avec les usagers qui a été ouvert le 01/08/2015.
Les réclamations font elles l'objet d'une réponse écrite ?	<b>Remarque n°6 : Le registre de réclamations n'est pas ouvert aux usagers.</b>
Quid des signalements ? (documenter)	Il sert à classer les mails de réclamation des familles et les réponses apportées au fil de l'eau par la direction. Aucune réclamation n'a été enregistrée en 2015, 2016, 2019 et 2022.
Existe-t'il un support ou logiciel métier de recueil et suivi des EI ? Qui l'alimente ? un mode d'emploi est-il disponible ?	<p>Il existe un protocole de déclaration et traitement des évènements indésirables (V03 15/03/2022).</p> <p>Des formulaires vierges de fiche d'évènement indésirable (FEI) sont disponibles à l'accueil.</p> <p>Le classeur des fiches EI comporte la charte d'incitation au signalement d'un évènement indésirable, signée par 19 salariés le 20/04/2022, les FEI En cours de traitement, les FEI traitées non transmises aux autorités, les FEI traitées et transmises aux autorités.</p> <p>Sont à signaler : 3 fiches EI en 2017 concernant le comportement de la fille d'une résidente et 1 fiche renseignée le 22/05/2022 relative à du linge disparu.</p> <p>Les FEI soin sont traitables sur le logiciel soin ARRADIS à confirmer</p>
Des cas de maltraitance ont-ils été identifiés au sein de l'EHPAD ? ont-ils été répertoriés ? signalés aux autorités ? fait l'objet d'un signalement au Procureur de la République ?	<p>L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016</p> <p>Dans un livret d'accueil (classeur sur support en hauteur), placé à l'entrée de l'établissement pour consultation sont rangés parmi d'autres documents, une affiche sur la bientraitance et une charte de bientraitance.</p>
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,...) ?	Article 434-3 du Code Pénal

---

## **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**
- 6.2 Les achats de consommables**
- 6.3 L'équipement médicalisé et les installations à visée thérapeutique**

## 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 constatés lors de l'inspection	6.4 LES PRESTATIONS HOTELIÈRES		
	O	N <sup>1</sup>	ER
	C	Commentaires	Réf.
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) ?	O	R	<p>La disposition des couloirs comprend bien des barres d'appui. Les portes aux étages menant à l'escalier principal ou vers le jardin sont bien fermées par un digicode. La porte de l'accueil de l'établissement ne s'ouvre que par digicode ou ouverture à distance par l'agent d'accueil.</p> <p>Le jour de l'inspection, il a été constaté qu'à l'extrémité de chaque couloir, les portes ouvrant sur l'escalier d'accès au jardin étaient ouvertes. En effet, l'évacuation d'air chaud des climatiseurs installées à chaque étage comme solution « provisoire » maintient l'ouverture de ces portes. Elle présente un risque d'accès à cet escalier qui est normalement fermé par un digicode et un risque de chute par le fil de branchement qui traverse une partie du couloir.</p> <p>La direction a expliqué que cela avait été mise en place pour palier à l'absence de climatisation qui est en cours d'installation.</p> <p><b>Remarque n°7 : Absence de mise en place d'une climatisation fonctionnelle pérenne dans l'établissement.</b></p> <p>Les différents locaux techniques étaient bien verrouillés lors de notre visite.</p>
Entretien général des locaux ?			
Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et des petits travaux quotidiens ?			<p>Lors de la visite, les locaux communs et les quelques chambres visitées semblaient bien entretenus.</p>

<sup>13</sup> HAS, « 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	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
	C				
<b>Cf. Protocoles d'hygiène et collecte/stockage/élimination des déchets ménagers/DASRI ?</b>				On remarquera qu'il existe à chaque étage dans le couloir commun des armoires contenant des protections, des serviettes, du gel hydro-alcoolique.	
<b>Cf. Procédures des circuits, du stockage propre/sale et linge souillé/contaminé ?</b>				<b>Remarque n°8 : Le local où sont stockées les protections d'incontinence a été visité. Il semblait assez chaotique ce jour-là. De nombreux cartons vides sont laissés à l'abandon dans un local exigu.</b>	
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 ?				L'établissement dispose d'une cuisine sur site mais tout le linge est traité à l'extérieur par trois organismes différents en fonction de la catégorie du linge. Le local de linge propre est équipé d'étagères où sont disposés par catégorie de linge (les draps, gants, petites serviettes, grandes serviettes, housses de couettes et alesées). Nous avons également constaté un chariot contenant du linge propre qui n'avait pas encore été réparti sur les étagères. Certaines catégories de linge étaient peu fournies mais cela peut s'expliquer par le jour de l'inspection (mardi) qui précède le jour de livraison du linge propre (mercredi). Une plaquette est affichée dans le local, expliquant le circuit du linge ainsi que les protocoles : - Le linge propre est livré par le prestataire le mercredi, il doit alors être réceptionné ; - Le linge sale peut être collecté et déposé tous les jours dans les chariots, sacs ou réceptacles prévus à cet effet. Le linge sale est alors collecté par le prestataire le mercredi également.	
Aide au repas : organisation ? horaires dîner et petit-déjeuner (durée du jeûne) ? Collation disponible ?				Concernant la toilette, les AS ont chacun un élage à faire d'environ 8 résidents. Exemple une AS qui a 8 personnes dont 2 en binôme. Le temps estimé selon une AS est d'une trentaine de minutes par résident.	Permet d'estimer le temps passé par toilette (ex : 14 toilettes en 1h30, ça fait 6 minutes par toilette)
				Les horaires des repas sont les suivants :	Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis
				Petit déjeuner entre 7H00-9H00	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
Fonctionnement des appels malades, suiví du temps de décroché ? comment le personnel peut-il alerter en cas d'urgence ? quels sont les personnels équipés d'un bip, d'un tel portable ?				<p>Déjeuner à partir de 12H00 jusqu'à 14H00</p> <p>Gouter vers 15H30-16H00</p> <p>Dîner à partir de 18H00 jusqu'à 20H00</p> <p>Il a été constaté, pour le petit déjeuner, que les aides-soignants apportent les repas en chambre dans un chariot composé de plateaux avec des étiquettes pour chaque résident et qui précise le repas adapté au résident (composition du repas, s'il faut aider à tartiner, si la personne est diabétique... etc.)</p> <p>Pour les repas en salle, un plan de table est constitué selon les envies de chaque résident. Il est précis sur le plan de table, la texture des repas pour chaque résident (* normal *, haché, mixé), le type de pain adapté au résident (pain de mie ou baguette), si la personne boit de l'eau plate ou gazeuse, si le résident doit être aidé au repas ou non et quel repas il prend en chambre.</p>	<p>dans le cadre des services de restauration des ESSMS</p> <p>Annexe 2-3-15 / D. 3-2-159-2 CASF et RRP HAS*</p>
				<p>Dans les chambres, des appels malades sont localisées à l'entrée et près du lit. Cependant il n'y a pas ce dispositif dans les salles de bain, ni dans les toilettes communes. L'établissement pour pallier à cela a mis en place des médallons pour les résidents, mais il n'est pas systématiquement placé autour du cou du résident. Une liste des résidents refusant de le porter a été dressée.</p> <p>On notera que le bouton du médallion semble difficile à utiliser.</p> <p>Une équipe de l'inspection a pu demander à une résidente d'utiliser l'appel malade. Il s'est déroulé moins d'une minute avant que la résidente ait été rappelée sur son téléphone afin de s'enquérir de sa situation.</p> <p>L'équipe d'infirmières avait noté la résidente comme étant en capacité de décrocher le téléphone, c'est pour cette raison que les infirmières n'interviennent que si la résidente ne répond pas.</p>	<p>30/72</p>

<sup>14</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)

6.1 LES ACHATS DE CONSOMMABLES (R N'GUYEN et N. VALERO)	
Achats de protections contre l'incontinence, nb d'unités achetées en 2020 et en 2021 (factures) ?	<p>On distingue dans les factures, plusieurs types de protections (couches avec différent degré d'absorption, protections pour femme) et de différentes tailles (Medium, Large, XL).</p> <p>Une unité de protection est un carton de protections (pas de nombre de protection connu par carton).</p> <p>On dénombre 287 unités de protections achetées pour 2020 et 371 pour 2021.</p>
Quelles sont les modalités de gestion des changes (fréquence, planning, protocole) ? Est-ce que l'accompagnement aux sanitaires est réalisé à la demande ?	<p>Le change est fait chaque matin et chaque soir lors des toilettes et est réalisé à la demande selon déclaration.</p>
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 2020 et en 2021 (factures) ?	<p>On observe des achats fréquents de produits enrichis. Les produits sont très variables, ils vont de la boisson enrichie, aux desserts, aux céréales instantanées. Une unité est variable, il peut être un carton, une boîte ou une pièce, il est donc difficile d'avoir connaissance des quantités précises achetées. De plus, les produits peuvent changer d'une période à l'autre.</p> <p>Cependant on dénombre 329 unités en 2020 et 502 unités en 2021.</p>
6.3 L'EQUIPEMENT MEDICALISE ET LES INSTALLATIONS A VISEE THERAPEUTIQUE	
Locations de lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres (ménioire de forme ou à air) en 2019 et en 2021 ?	<p>L'établissement loue peu de matelas anti-escarres.</p>
Lève-personnes et chariots douches disponibles ?	<p>L'établissement dispose de verticalisateur et de lève-malades (présents un étage sur deux).</p>
Nb de personnels formés à leur utilisation et date de formation ?	NC

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			
Nb de personnes formées à l'activité Shoezelen et date de formation			

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

Nb de personnes formées à l'activité Shoezelen et date de formation

Aucune chambre de l'établissement n'est équipée de rail de transfert.

L'établissement dispose d'une salle de kinésithérapie située au premier étage, équipée d'appareils et de matériel (espalier, ballons, barres parallèles, ...). Est

présent un classeur avec fiches portant venue des résidents.

Cette salle n'a pas d'accès sécurisé.

## 7 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	
Locaux de soins				Poste de soins autonome si UV/P	
Locaux de soins				Local de soin propre et entretenu, nettoyage tracé	L'établissement compte un seul poste de soins, localisé au 1 <sup>er</sup> étage. Le local est exigü, contigu au bureau partagé par le médecin-coordonnateur et l'IDEC. Le local de soin est propre et entretenu. Néanmoins, la fiche de suivi du nettoyage n'était pas affichée.
Locaux de soins				Paillasse pour la préparation des soins	Présence paillasse pour la préparation des soins.
Locaux de soins				Collecteurs DASRI OPCCT et carton rigide dans le local de soins	De nombreux classeurs sont entreposés, et des protocoles affichés. Est présent le chariot de soins. Est présent un carton rigide dans le local de soins.
Appels malades				Réponse au test et délai	A noter également au 1 <sup>er</sup> étage, une salle dénommée salle de massage-oxygène, qui est en fait le bureau des aides-soignantes pour les transmissions. Présence poste informatique, classeurs plans de soins et PAP, suivi nutrition/hydratation, ...
Appels malades				Port par le personnel du dispositif de signallement des appels	Présence d'un sac d'urgence, d'une bouteille O2, d'un aspirateur bronchique. Tisaneries aux 2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> étages (avec chaise, table, point d'eau, réfrigérateur propre contenant des bouteilles d'eau et un freezer).
Appels malades				Enregistrement, tracabilité et vérification des appels	La liste des résidents qui ne peuvent se servir ou ne souhaitent pas se servir des médallions est accessible dans le poste de soin et dans le local des AS. Un test d'appel a été réalisé et les soignants sont intervenus en moins de 5mn. Toutefois il n'existe pas d'appel malade dans la salle de bain et le médallion apparaît pour certains résidents difficiles à actionner.
Appels malades				Actions suite à écart par rapport aux réponses à apporter (débit, non réponse)	Remarque n°9 : Le système des médallions est défaillant et de surcroit le bouton d'appel est trop dur pour les résidents.
Appels malades				Au moins une FEI concernant les appels	L.311-3 du CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	ER	Commentaires	Réf.
Dossiers de soins Rangement des dossiers de soins des résidents dans une armoire non fermée à clé contreviennent aux JOANNIDIS®				Les dossiers de soins des résidents sont informatisés (logiciel [redacté]). Les dossiers papier des résidents sont classés dans une armoire située dans le bureau du médecin-coordonnateur et de l'IDEC, qui ferme à clé.	Articles L. 311-3 du CASF et L. 1110-4 du CSP.
Points abordés et constatés lors de l'inspection (S. JOANNIDIS®)	O	N	ER	Commentaires	Réf.
ETP MedCo figurant sur le contrat de travail en rapport avec la capacité	O			Le MedCo actuel exerce sur la structure depuis 2016. Elle est présente les lundis après-midi et les jeudis toute la journée pour un total de 14h répartis sur deux journées hebdomadaire soit un 0,40 ETP conformément au capacitaire de l'EHPAD.	D312-156, et 312-159-1 CASF
MedCo avec diplôme en gériatrie/ ou DU de Medco ou formation continue Medco	O				D312-157 CASF
MedCo prescripteur pour N résidents ?		N			D312-159-1
Date dernier RAMA établi	O			2021 ; un RAMA est produit tous les ans.	D312-155-3 al 9
Axe d'amélioration mentionné dans RAMA ?	O				
Date dernière et prochaine évaluation PATHOS		2019			
Les médecins traitants suffisent à assurer les prescriptions ?	O	R		Tous les résidents ont un médecin traitant. Dans le poste de soin est affiché un tableau des résidents avec mention de l'identité de leur médecin traitant (MT). Les 14 noms de MT affichés ne correspondent pas à la liste des MT transmise à la mission, ni à l'affichage de leurs coordonnées malis dans le poste de soin. Remarque n°10 : La liste des médecins traitants et leurs coordonnées mal n'étaient pas à jour au moment de l'inspection.	

## 7.2 Les missions du médecin coordonnateur

Points abordés et constatés lors de l'inspection (S. JOANNIDIS)	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Il existe un poste de médecin prescripteur différent de celui de médecin coordonnateur ?	O	N		<p>Le projet de soin a été actualisé en 2019 et comporte 5 objectifs à échéance respective de 2019, 2020 et 2022 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expérimentation IDE de nuit partagée (2019),</li> <li>- Nouvelle convention avec une officine de pharmacie (2019),</li> <li>- Développer les rencontres inter générations (2020),</li> <li>- Intégrer l'hygiène buccodentaire et le carnet de vaccination au PAP (2020),</li> <li>- Former le personnel et développer les compétences en gériatrie et gérirontologie (2022).</li> </ul>	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	O	E		<p>D'après les entretiens l'avis du MédCo est requis pour toute admission. Toutefois la tracabilité de son accord n'est pas retrouvée dans les dossiers des résidents étudiés. Son avis est généralement suivi par la direction.</p> <p><b>Ecart n°8 : La tracabilité de l'avis du médecin coordonnateur concernant l'admission n'est pas systématiquement retrouvée dans le dossier du résident.</b></p>	D312-158 CASF
3° Présidente 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.	N	E		<p>Le dernier compte-rendu de la CCG transmis date de 2 ans (2020). D'après les entretiens la prochaine CCG sera organisée en 2022 suite au changement de logiciel du dossier patient (installation de [REDACTED]). D'après l'audit interne mené par la résidence suite à un EI médicamenteux déclaré en 2022, la CCG se réunit depuis 2019 une fois par an.</p> <p><b>Ecart n°9 : La commission de coordination gériatrique ne s'est pas encore réunie en 2022 ce qui contrevert à l'Article D312-158 CASF et à l'action axe 0 risque du plan d'action de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse de l'EHPAD datant d'avril 2022.</b></p>	D312-158 CASF
4° Évalue 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 ;	O			<p>Les résidents ont tous leur GIR réalisé</p>	D312-158 CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection (S. JOANNIDIS®)				Réf.
O	N	E/R	Commentaires	
0	0	R	<p>D'après les entretiens et la consultation des dossiers médicaux ainsi que des classeurs de suivis spécifiques, les bonnes pratiques gériatriques sont mises en place par le Med Co.</p>	D312-158 CASF
0	0	R	<p>D'après l'examen de 3 dossiers et des classeurs spécifiques les évaluations gériatriques sont réalisées mais il a été difficile à la mission d'en vérifier l'exhaustivité, et la complétude devant la multiplicité des supports de recueil (papier et informatique). Il n'a pas été retrouvé systématiquement l'examen complet médical à l'admission, la synthèse médicale et le volet soin du PvI.</p> <p><b>Remarque n°11 : Faute de disposer d'un support unique des données médicées au sein de l'EHPAD la mission n'a pas pu apprécier l'exhaustivité de l'évaluation gériatrique standardisée auprès des résidents.</b></p>	D312-158 CASF Objectif CPOM (logiciel). Realiser une évaluation gériatrique standardisée (EGS) dans les 3 mois suivant l'admission et la réévaluer en cas de besoin.
		En par tie	<p>7° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques 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 élabore 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. 5126-5 du code de la santé publique.</p> <p>L'EHPAD a décidé de changer d'officine et prévoit une nouvelle convention en septembre 2022.</p> <p>Il n'a pas été porté à la connaissance de la mission d'une réévaluation systématique des ordonnances des traitements par le MedCo, et ce d'autant que des ordonnances partis échues depuis plus de 3 mois n'ont pas été renouvelées.</p>	D312-158 CASF Axe 1 prévention : action n°1 Plan d'action concernant la sécurisation de la PECM 2022 établi par l'EHPAD suite à une autodiagnostic « Interdiag ».

Points abordés et constatés lors de l'inspection (S. JOANNIDIS®)	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
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.	0			<p>D'après les entretiens, le Medco effectue des mini formations au moment des transmissions quotidiennes soit suite à un besoin exprimé par les soignants ou suite à une situation de soin rencontrée chez un résident. La psychologue et l'IDEC effectuent également des formations internes. Les thématiques abordées listées dans le RAMA 2021 portent sur les thématiques suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins hygiène des mains</li> <li>- Canicule</li> <li>- Hydratation, déshydratation</li> <li>- Bientraitance dans la relation « soignant soigné »</li> <li>- Formation sur la nutrition,</li> <li>- Formation familles résidents sur les directives anticipées</li> <li>- Qualité de vie en EHPAD</li> <li>- Sensibilisation aux PAP</li> <li>- Incontinence</li> <li>- Projections</li> <li>- Risque suicidaire</li> <li>- Trouble du comportement</li> <li>- Prévention Mobiquel</li> <li>- PEC médicamenteuse</li> </ul> <p>La mission n'a pas recueilli d'information sur l'implémentation du Medco sur le plan de formation de l'EHPAD.</p>	<p>D312-158 CASF</p> <p>Objectifs CPOM: formation SP, douleur et urgence et soins bucco- dentaires, maladie d'Alzheimer.</p>
9° Elabore un dossier type de soins.	0			<p>Les données des dossiers de soin sont dispersées sur plusieurs supports (classeurs papier) et sur le logiciel ARCADIS.</p>	D312-158 CASF
10° Coordonne, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qui <u>signe conjointement</u> avec le directeur	0			<p>Le RAMA est rédigé annuellement. Compte tenu que les données médicales ne sont pas toutes renseignées sur le logiciel le MedCo rédige le RAMA à partir de</p>	D312-158 CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection (S. JOANNIDIS*)	O	N	ER	Commentaires	Réf.
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 ;					
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 ;	N	E		données colligées de manière manuelle. Bien que très complet son analyse note un défaut de sommaire tendant sa lecture peu aisée et un manque d'information sur la coordination avec les intervenants internes et externes dont notamment l'intervention des IDE de nuit. Le plan d'action d'amélioration est annexé au rapport.	<a href="https://www.dans-de-la-loire.ars.sante.fr/report-annuel-activite-medicale-ram">https://www.dans-de-la-loire.ars.sante.fr/report-annuel-activite-medicale-ram</a>
11° Identifie les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents	O		R	D'après les données issues de l'audit interne réalisé en 2022 l'EHPAD dispose de plusieurs conventions signées. Toutefois une seule convention signée a été transmise à la mission ; celle avec une EMGE. D'après le plan d'action de l'EHPAD et le CPOM signé des conventions avec un service d'urgence, l'HAD, la M2A et avec un service de psychiatre étaient à mettre en œuvre.  <b>Ecart n°10 : les conventions avec les HAD partenaires, la M2A, un service de psychiatrie et un SAU n'étaient pas présentées à la mission au jour de la visite ce qui contrevent aux objectifs du CPOM.</b>	D312-158 CASF  Objectif CPOM: convention et nb HAD, DAC « M2A » (convention et réunion) et convention psychiatrie
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 ;	O			La mise en place des IDE de nuit ne fait pas l'objet d'une évaluation dans le RAMA 2021 permettant d'en identifier les points positifs ou les axes d'amélioration. D'après les entretiens les partenaires peuvent être sollicités (équipe de soins palliatifs ...) en cas de besoin. Toutefois le nombre de sollicitations effectives n'est pas connu.	D312-158 CASF
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.	O			Des formations ont été effectuées par l'infirmière hygiéniste de l'ARS (source RAMA 2021)	D312-158 CASF  D312-158 CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection (S. JOANNIDIS®)	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
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. 311-4-1 <sup>15</sup>	N	N	E	<p>Les mesures particulières concernant les restrictions sur la liberté d'aller et venir (contention) ne sont pas retrouvées dans les dossiers des résidents étudiées</p> <p><b>Ecart n°11 : Les mesures particulières devant figurer dans l'annexe au contrat de séjour ne sont pas systématiquement retrouvées dans les dossiers des résidents.</b></p>	D312-158 CASF

### 7.3 Les soins individuels

Points abordés et constatés lors de l'inspection ( S. JOANNIDIS )	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Admission	O			<p>Une VPA est réalisée autant que possible.</p> <p>En amont de l'arrivée du résident, des informations sont recueillies dont son traitement en cours permettant de préparer son accueil. Un référent par résident est identifié.</p> <p>La mission n'a pas pu vérifier cette organisation.</p>	
Support DM	O	R		<p>Les données médicales des résidents sont stockées sur de multiples supports papier et informatisé. La mission constate que le dossier patient informatisé n'est utilisé que pour une partie des données médicales et notamment ne comporte pas l'ensemble des évaluations gérontiques, ni les PV ni les prescriptions médicamenteuses. On retrouve</p> <p>- Dans le logiciel [REDACTED] : les données administratives, certaines transmissions IDE et autres paramédicaux, et les observations du MedCo</p>	

<sup>15</sup> Art. L.311-4-1 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 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 coordinateur de l'établissement ou, en cas d'empêchement du médecin coordinateur, 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 coordinateur ou, à défaut de médecin coordinateur, du médecin traitant, ou sur proposition de la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1 ».

Points abordés et constatés lors de l'inspection ( S. JOANNIDIS )	O	N	ER	Commentaires	Réf.
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des classeurs nominatifs par résident gérés par le médecin qui contiennent des données administratives, le recueil de la personne de confiance, les observations médicales, les examens complémentaires, les CR d'exams ou d'hospitalisation, les PVJ. Ces dossiers sont rangés dans une armoire dans le bureau partagé Medcolddec</li> <li>-Des classeurs par thématique : escarre, nutrition, contention, chutes</li> <li>-Des classeurs qui regroupent : les ordonnances des résidents.</li> <li>-Des classeurs situés dans le local des AS qui regroupent par étage les PVJ, les plans de soins AS quotidiens, des informations sur les régimes des résidents, le suivi de leur poids, les contentions.</li> <li>-Des classeurs avec le plan de traitement médicamenteux de chaque résident édité par la pharmacie et sur lequel les IDE tracent manuellement l'administration.</li> </ul> <p><b>Remarque n°13 : La multiplicité des supports des données médicales ne favorise pas la synthèse et la coordination des soins.</b></p>	
Projet de soin individuel				<p>Sur les trois dossiers médicaux étudiés par la mission seul l'un d'entre eux comporte un résumé synthétique des pathologies et un projet de soin rédigé par le MedCo daté d'une semaine après son arrivée à la résidence (PVJ) réalisé deux mois plus tard en juin 21. Il n'apparaît pas avoir été réévalué depuis cette date.</p> <p><b>Etat n°2 : Le projet de soin individuel n'est pas systématiquement retrouvé au sein du dossier médical du résident ce qui contrevert au CPOM.</b></p>	
Un plan de soins infirmiers concerté, formalisé et réévalué pour chaque personne prise en charge ?	O	R		<p>Il existe un plan de soin individuel par résident. L'équipe d'inspection a eu accès à des plans de soins de la vie courante effectués par les AS en version papier et mise dans des classeurs par numéro de chambre et par utilié avec une photo du résident. Les plans de soin sont individualisés par résident mais n'indiquent pas tous les soins (manquent les aides aux repas, les changes, la surveillance nocturne).</p>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection ( S. JOANNIDIS )	O	N	ER	Commentaires	Réf.
Coordination et transmission des informations relatives aux soins entre les professionnels de la structure organisées et formalisées ?	O	R		<p><b>Remarque n°14 : Les plans de soins transmis à la mission sont incomplets.</b></p> <p>Les transmissions entre les équipes AS de jour et de nuit sont organisées à la prise de poste avec un temps de transmission compris dans le temps de travail. La mission n'a pas consulté de transmissions des AS de nuit dans les dossiers étudiés. Les rondes de nuit ne sont pas tracées dans le logiciel ARCADIS. Quotidiennement à 1h a lieu une transmission des équipes soignantes dans le bureau du Medco / Idéc</p> <p>Au sein du logiciel on retrouve dans l'onglet Transmissions Ciblées (TC) des transmissions des soignants non identifiés par leur profession (seul le nom est indiqué) ou anonyme si vacataire. Ces transmissions ciblées contiennent aussi les observations de la psychologue, de la psychomotricienne et du kinésithérapeute.</p> <p><b>Remarque n°15 : Les transmissions ciblées (TC) ne sont pas clairement identifiées dans le dossier de soin informatisé.</b></p> <p><b>Remarque n°16 : Les intervenants dans le logiciel dossier patient ne sont pas identifiés par leur qualité professionnelle et les vacataires, n'ont pas de code personnalisé ce qui ne permet pas de connaître l'identité de celui ou celle qui a réalisé le soin.</b></p>	Article R. 4312-3621 du CSP Article D. 312-15822 du CASF
Continuité des soins	O			<p>L'EHPAD bénéficie de la mutualisation d'un IDE de nuit. Sur le planning de juin 2022 affiché dans le bureau des AS, 2 IDE se partagent les nuits avec une présence tournante sur les EHPAD dont 6 nuits sur l'EHPAD de Sèvres.</p> <p>Dans le poste de soin figure un classeur avec les procédures d'urgence.</p> <p>Le DLU est accessible sur classeur (mais n'est pas à jour) ou sur informatique. Les modalités de son impression sont affichées dans le bureau des AS. Toutefois il est incomplet dans sa forme informatisée et doit être complété de copie des ordonnances et d'autres documents.</p>	
Evaluation à l'admission	MMS	O	R	<p>Au sein des 3 dossiers étudiés il a été retrouvé des évaluations gérontologiques réalisées par l'équipe soignante. Toutefois ces données n'étant pas informatisées il n'a pas été possible de connaître le taux de bilan EGS réalisé chez l'ensemble des résidents et leurs dates respectives.</p> <p>Une liste actualisée (juin 2022) des résidents à risque suicidaire établie par la psychologue est affiché dans le bureau des AS (9 résidents).</p>	Objectif CPOM (logiciel). Réaliser une évaluation gérontologique standardisée (EGS) dans les 3 mois suivant l'admission et la réévaluer en cas de besoin.
Evaluation à l'admission	NPI-ES				
Evaluation à l'admission	Norton ou Braden (escarte)				
Evaluation à l'admission	OAG (état buccal)				
Evaluation à l'admission	GDS (dépression)				

Points abordés et constatés lors de l'inspection (\$. JOANNIDIS )					Commentaires	Réf.
	O	N	ER			
Evaluation à l'admission				Cometri (risque suicidaire)		
Evaluation à l'admission				Tinetti (risque de chute)		
					Une liste actualisée (juin 2022) des résidents à risque de fugue établie par la psychologue est affiché dans le bureau des AS (9 résidents). <b>Remarque n°17 : Il n'est pas possible en l'état actuel d'avoir accès de manière aisée à l'ensemble des informations concernant le bilan EGS des résidents, ce qui ne permet pas d'en faire l'évaluation et d'identifier des actions d'améliorations.</b>	
PVI	0	R?		Projet individuel/personnalisé de soins = existence pour chaque résident		Évaluations de : l'état nutritionnel, la couverture vaccinale, l'hygiène bucco-dentaire et l'état dentaire, la douleur, risque d'escarres, la mémoire, risque de chutes et de sorties inopinées, troubles de l'humeur (dépression), troubles du comportement, dé�istages des troubles de la déglutition.
PVI				Réévaluation pluridisciplinaires régulières pour chaque résident		Objectif CPOM : assurer une évaluation systématique des résidents par un psychologue et assurer une prise en charge individuelle des résidents le nécessitant.
						Objectif CPOM : 100% de PVI avec les familles.
						HAS, " Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : De l'accueil de la personne à son accompagnement ", 2011
						HAS, « Le projet personnalisé, une dynamique du parcours d'accompagnement (EHPAD) » fiche reprise 2018
Existence de protocoles de soins infirmiers	0			Des classeurs de protocoles sont présents dans le poste de soin.		R4311-3 CSP
Analyse des données issues du système de suivi informatisé des plans de soins	N			Aucune analyse n'a pu être extraite du logiciel dossier patient [REDACTED]		Commission de gériatrie arrêté du 5 septembre 2011

Points abordés et constatés lors de l'inspection ( S. JOANNIS )		O	N	ER	Commentaires	Réf.
Dossiers de soins fonction pathologie	Protocole de soins individuels si indiqué en			E	Des classeurs dédiés aux prises en charge sont mis en place ( cf plus haut) et sont à jour .	
Dossiers de soins	Suivi de l'état cutané,	0			Tracabilité qui n'apparaît pas à jour dans certains dossiers de résidents consultés.	
Dossiers de soins	Suivi des plaies,	0			Les médecins traitants n'utilisent pas le dossier informatisé. La tracabilité des visites médicales des MT est très médecin dépendant et est toujours en version papier.	
Dossiers de soins	Suivi de la prise effective des repas,	0				
Dossiers de soins fonctionnalité "dossier médical" du SI soins	Utilisation par les médecins traitants de la fonctionnalité "dossier médical" du SI soins	0				
Dossiers de soins	Suivi médical des résidents régulièrement tracé par leur médecin traitant dans le dossier médical papier	0				
Dossiers de soins d'hygiène sur l'ensemble de l'établissement sur une semaine (soit le % de soins signés/soins prévus)	Tracabilité de l'ensemble des soins IDE et	N		E	Écart n° : Les dossiers médicaux (formats informatique et papier) de plusieurs résidents, consultés, ne comportent aucune observation médicale récente, ne permettant pas d'assurer une bonne continuité de leur prise en charge médicale. Cette situation ne respecte pas la réglementation (Article L.314-12 du CASF; Arrêté du 30 décembre 2010) et les engagements du MT indiqués dans le contrat qui le lie avec l'EHPAD.	
	En par tie				L'étude sur les 3 dossiers consultés montre que la tracabilité des soins des IDE et AS est dispersée sur plusieurs supports ce qui en rend l'analyse difficile et incomplète. Concernant les soins infirmiers ils sont sur plusieurs supports (logiciel pour les prises de TA, poits, ou sur des feuilles dédiées pour les pansements, injections, les médicaments), ce qui ne permet pas d'en apprécier l'exhaustivité et la tracabilité en temps réel	
PEC urgences	Chariot/trousse d'urgence présents et vérifiés	0			La tracabilité de la réalisation effective des soins de la vie courante sont faits manuellement sur des fiches incluant les éliminations (selles et urines). Les soins AS ne sont pas tracés en temps réel et notamment les passages nocturnes. Les fiches consultées sont renseignées de manière inconstante (moin que les soins ne sont pas régulièrement tracés. Pour mémoire un soin non tracé est considéré comme non exécuté.	
PEC urgences par le MedCo	Dotation pour soins urgents présente et établie	0			<b>Ecart n°13 : La tracabilité des soins de la vie courante n'est pas exhaustive ce qui ne permet pas de garantir de leur qualité.</b>	
PEC urgences	Défibrillateur cardiaque présent et vérifié	0			Des affichettes précisent dans le poste de soin et le local des AS où se trouve la trousse d'urgence et l'oxygène. La dotation pour soin urgent est présente.	
PEC urgences	Au moins une bouteille ambu O2 fonctionnelle	0			<b>Ecart n°14 : Le dispositif automatisé externe (DAE) situé au RDC dans la cage d'escalier près de l'accès au hall n'est pas visible de tous, et est installé à distance de la trousse d'urgence qui est au 1<sup>er</sup> étage.</b>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection ( S. JOANNIDIS )				Réf.
	O	N	EIR	Commentaires
Etat cutané, pansements	Nombre de résidents avec escarre	0		D'après les entretiens deux résidents ont des escarres de faible grade
Etat cutané, pansements	Stock vérifié de pansements anti-escarres utilisables sans délai	0		Publics et les établissements recevant du public.
Etat cutané, pansements	% résidents avec matelas anti-escarre			
Etat cutané, pansements	% chambres avec système de rail			
Contentions	Nombre de contentions prescrites	0		NC
Contentions	Prescription médicale des contentions vérifiable et tracée			
Contentions	Existence de contentions effectuées au delà de la limite de prescription			
Contentions	% de résidents sous contention (=nb contentions/nb présents)			
Contentions	% d'accord recherché pour les contentions (= hors "urgence")			
Douleur	% de résidents qui ont eu au moins une évaluation de la douleur depuis 3 mois	0	R	18/ 40 (45%) résidents ont des contentions prescrites dont la majorité sont 1 barrière nocturne.
Douleur	Nombre de patients bénéficiait de prescription d'antalgiques majeurs morphiniques			Un classeur dédié aux contentions est mis en place avec tracabilité de la réévaluation régulière des contentions et conforme aux bonnes pratiques
				Par contre la tracabilité de la contention dans les mesures particulières annexées au contrat de séjour n'ont pas été retrouvées( cf. écart supra)
Odontologie	Consultations d'odontologie sur place ?	N		Les données ne sont pas accessibles. Sur un dossier consulté d'une patiente sous morphinique l'échelle utilisée est « », mais n'est pas tracée de manière régulière dans le volet dédié sur le logiciel.
				Remarque n°18 : Les évaluations de la douleur ne sont pas systématiquement tracées.
Nutrition	% de résidents dénutris	0		Article L1110-5 CSP, article L1112-4 CSP, Circulaire DGSDH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999 Guide méthodologique Le déploiement de la bienveillance Les principes de bienveillance : déclinaison d'une charte, 2012.
				CPOM ; objectif Cs avancée de dentiste
				CPOM : Action Santé nutrition de l'alimentation des résidents 1/ Proposer un petit déjeuner

Points abordés et constatés lors de l'inspection ( S. JOANNIDIS )				Réf.
O	N	E/R	Commentaires	
Nutrition	Nombre de résidents avec régime protéiné et hypercalorique		Des listes synthétiques de suivi nominatif nutritionnelles sont mises à jour mensuellement et classées dans le classeur de nutrition. Elles sont constituées : - d'une liste à jour des résidents ayant des troubles de la déglutition (840 soit 20%) - d'une liste des textures/ résident et du type de régime. Aucun régime hyperprotéique n'est prescrit. Les goûters sont systématiques. Les prises des gouters sont tracées sur un classeur tenu par les AS. Les collations du soir n'ont pas été vérifiées par la mission.	d'apport énergétique élevé et enrichi en protéines.
Nutrition	date dernière réunion technique entre les services « soins » et « cuisine » (pour renforcer l'enrichissement des repas)			2/ Proposer une ration calorique journalière d'eau moins 2000calories.
Nutrition	date dernière intervention d'un diététicien			3/ Assurer un apport calcique d'eau moins 1200 mg par jour.
			-d'une liste des résidents indiquant ceux ayant des crèmes enrichies ; 13 / 40 (32%) résidents ont des crèmes enrichies.	
			-d'un tableau indiquant par résident : le poids du mois avec la variation M-1(certains patients sont pesés/1), leur taux d'albumine (date de réalisation).	
			Pas de diététicien mais 1 référent nutrition (IDE) sur l'EHPAD.	4/ Proposer systématiquement aux résidants réveillés une collation nocturne.
			5 résidents le midi mangent en chambre et 15 la soir en chambre.	
			Analyse fiche nutritionnelle transmise sur 3 semaines :	
			- repas parfois trop riche en lipides (> 40%) et insuffisant en glucides (<50-55%) cf recommandations	5/ Limiter le nombre de résidants hors cancers, fin de vie et pathologies aigues présentant une dénutrition modérée et/ou sévère sur 5 ans.
			-peu de laitages natures ou fruits bien que l'apport calcium OK ; peu de desserts frais (glace) et parfois peu de fruits sur 1 semaine.	
			-: pas de collation nocturne complétées dans menus.	
Fin de vie	Nombre de résidents ayant désigné une personne de confiance	0	La personne de confiance est identifiée dans le dossier du patient	
Fin de vie	Nombre de résidents ayant rédigé des directives anticipées		Un classeur récente les résidents ayant des directives anticipées mais sa mise à jour n'est pas connue	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	Dernière intervention tracée du réseau de soins palliatifs		Non connu	
Fin de vie	Dernière intervention de l'équipe mobile de gérontologie ou de la filière gérontique		Non connu	
Fin de vie	Existence d'une procédure d'accompagnement en fin de vie et application de celle-ci		Formation 2019 fin de vie + Intervention régulière de l'EMSP (RAMA 2019)	L1112-4 CSP, 311-8 et 38 du CASF, RBPP HAS Accompagner la fin de vie des

Points abordés et constatés lors de l'inspection ( S. JOANNIDIS )	O	N	ER	Commentaires	Réf.
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 ?	0				personnes âgées en EHPAD, 2017.
Coordination et continuité des soins individualisée :	R			<p>La mission a pu constater dans un des dossiers étudiés que suite à une hospitalisation récente en urgence d'un patient au cours de laquelle il a subi une intervention chirurgicale, les informations concernant la continuité des soins ( date de retour, préconisations de soins en sortie de l'hôpital...) ainsi que des informations médicales telles que le diagnostic évoqué ( pouvant être de nature à avoir des répercussions majeures sur la prise en charge et le pronostic) n'étaient inscrites ni dans les observations ni dans les transmissions papier ou informatisé. Ce patient a par ailleurs une ordonnance périmée depuis plus de 3 mois et son médecin traitant ne serait pas passé depuis</p> <p><b>Remarque n°19 : L'absence de traçabilité des éléments de la continuité médicale de prise en charge peut être de nature à altérer la coordination des soins et leur continuité.</b></p>	Article R. 4311-3 du CSP23 Article D. 312-15824 du CASF DGSDGASSFGG « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD » 2007 Article L311-3 CASF L. 1112-4, et L. 5126-6 CSP, R4311-3 à 5, R4312-15 et R5120-113, CSP

## 7.4 Prise en charge médicamenteuse

À la suite d'un ElG médicamenteux déclaré sur le portail du ministère en janvier 2022, l'EHPAD a réalisé un autodiagnostic ( ) de la prise en charge médicamenteuse ayant donné lieu à un plan d'action de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse de la Résidence établi en avril 2022 (« »PA médicamenteux »). Il comprend 28 actions réparties au sein de 7 axes : Risque, Prévention, Pilotage, Entrées et sorties, Prescription et Dispensation, Préparation et Administration et Gestion du stock.

Parallèlement à ce plan d'action, se met en place un changement de logiciel pour le dossier médical (changement pour ) avec un attendu de la part des prescripteurs à la prescription informatisée, et une nouvelle officine partenaire en septembre 2022, l'actuelle ne donnant pas satisfaction.

La procédure « PROTOCOLE CIRCUIT DU MEDICAMENT » a été mis à jour le 15/03/2022 de manière contemporaine au « PA médic ». Néanmoins cette procédure reste imprécise et incomplete notamment concernant les modalités de traçabilité des différentes étapes de vérification des traitements avant administration, la délégation aux AS ou aux personne chargées des soins de la vie courante ainsi que concernant les bonnes pratiques gériatriques.

La mission constate que le plan d'action comporte beaucoup d'actions non débutées, et qu'il existe des points d'améliorations complémentaires à mettre en œuvre pour mieux sécuriser le circuit du médicament.

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Politique et QGDR médicamenteuse			En partie	<p>La politique du médicament n'est pas déclinée dans le PE. Une démarche QGDR médicamenteuse est débutée au sein de l'EHPAD. Un comité médicamenteux est mis en place et prévoit de se réunir 1 à 2 fois par an d'après le « PA médicement ». Le 1<sup>er</sup> autodiagnostic de la PEC médicamenteuse (pourtant inscrit annuellement au CPOM) vient d'être réalisé.</p> <p>Ecart n°15 : La politique du médicament n'est pas inscrite au Projet d'établissement.</p> <p>Remarque n°20 : Un plan d'action médicamenteux en cours mais son calendrier de réalisation n'est pas à jour.</p>	<p>Objectif CPOM : Réalisation d'un autodiagnostic tous les 1 à 2 ans.</p> <p>« PA médicament » ; comité 1 à 2 f/ an</p>
Un référent sur la prise en charge médicamenteuse est identifié au sein de l'EHPAD.	0			Un référent médicamenteux a été récemment désigné.	
Gestion des événements indésirables ( El ) médicamenteux	0			Des El médicamenteux sont signalés en interne et en externe et font l'objet d'une analyse dont les modalités ne sont pas connues.	
Modalités de stockage des traitements	0		R	Les médicaments sont stockés dans un local dédié sécurisé excepté les traitements de nuit qui sont stockés dans un coffre sécurisé dans le poste de soin.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	EIR	Commentaires	Réf.
				<p>Le rangement des médicaments hors PDA est fait au sein d'étagères sans étiquetage systématique nominatif ni en totalité rangé de manière organisée et apparaît mélangé au stock tampon.</p> <p>Le chariot de distribution des médicaments est vétuste et ne ferme pas à clé. Les tiroirs contenant la PDA hebdomadaire ne comportent pas tous la photo du résident.</p> <p><b>Remarque n°21 : Le stockage des médicaments dans les chariots n'est pas conforme aux bonnes pratiques et ne garantissent pas l'identité-vigilance.</b></p> <p><b>Remarque n°22 : Les médicaments hors PDA ne sont pas identifiés de manière nominative ni rangés de manière organisée. Le stock tampon n'est pas rangé de manière organisée.</b></p>	
Prescription	O	N		<p>Les prescriptions ne sont pas informatisées. Le passage au logiciel [REDACTED] est attendu pour inciter les médecins traitants à prescrire de manière informatisée.</p> <p>Des ordonnances ne sont pas à jour au jour de la visite dont certaines depuis plus de 3 mois. La liste préférentielle n'est pas utilisée par les médecins prescripteurs.</p> <p><b>Pass d'usage liste préférentielle (livret).</b></p> <p><b>Remarque n°23 : Les prescriptions ne sont pas toutes à jour et ne sont pas informatisées, ne facilitant pas l'analyse pharmaceutique effectuée par le pharmacien.</b></p>	<p>PA medi : inciter MT à prescription informatisée + medco qui supplée</p> <p>PA : [REDACTED] pour PDA</p>
				<p>L'autonomie de chaque résident par rapport à sa PECM a fait l'objet d'une évaluation et d'un suivi.</p> <p>Les résidents "à risque" (troubles déglutition, troubles cognitifs,...) ont été identifiés.</p> <p>Un classeur à jour de la liste des résidents ayant des troubles de la déglutition est accessible aux soignants. 8/40 résidents ont des troubles de la déglutition.</p> <p>Une procédure a été rédigée suite à l'EIG médicamenteux de janvier 2022 afin de déterminer la CAT devant un patient à risque de fausse route.</p> <p>La liste des résident dont le traitement doit être écrasé accessible au poste de soin.</p>	

<sup>16</sup> <https://www.creus.fr/nos-solutions-de-pda/gamme-multi-domicile-pda-et-compartimente-du-marche/>

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Convention avec une officine pharmaceutique	O			<p>La convention en cours signée en 2019 est prévue d'être dénoncée en septembre 2022. La nouvelle officine située à proximité est déjà identifiée.</p>	L.5126-6-1 CSP
Liste et stock effectif de produits et médicaments destinés à répondre à des besoins de soins prescrits en urgence.	N	E		<p><b>Ecart n°16 : La liste du stock tampon n'a pas été transmise.</b></p>	L.5126-6, R.5126-108, 112 et 113 du CSP, D.312-158, 13° du CASF
Une liste préférentielle (ou livret thérapeutique) est utilisée pour la prescription	N	E		<p><b>Ecart n°17 : Une liste préférentielle [REDACTED] est présente dans un classeur mais n'est pas personnalisée à l'EHPAD.</b></p>	«PA, médicament» : sensibiliser MT à l'usage de la liste préférentielle D312-158 CASF
Le personnel dispose d'une liste des médicaments à ne pas écraser ou de gélules à ne pas ouvrir.	N	R		<p><b>Remarque n°2A : La liste des médicaments à ne pas écraser disponible n'est pas personnalisée au sein de l'EHPAD.</b></p>	
Les médicaments sont-ils préparés pour partie au moyen d'un automate (gestionnaire, lieu d'installation) ?	O			<p>Les médicaments sont préparés en officine en PDA et livrées de manière hebdomadaire</p>	PA : PDA OREUS
La vérification de la conformité de la livraison des médicaments dispensés par la pharmacie est formalisée	N	R		<p>Il est prévu un bon de livraison daté et signé. Il s'agit d'une action inscrite au « PA médicament », mais non encore mise en œuvre</p>	
Organisation de la distribution des médicaments: modalités de préparation et vérification des doses à administrer	O			<p>La mission constate que la PDA actuelle présente des anomalies à risque d'erreur médicamenteuse : les plaquettes de PDA n'indiquent pas l'identité du résident (le nom est ajouté à la main par l'IDE), ni le contenu en médicament des boîettes.</p> <p>La version de la procédure PROTOCOLE CIRCUIT DU MEDICAMENT qui figure dans le classeur du poste de soin n'est pas la dernière version à jour.</p> <p>La vérification des piluliers est réalisée par une IDE le lendemain de la livraison (le jeudi). Toutefois la traçabilité de cette vérification prévue sur une fiche affichée dans le poste de soin n'est pas complète.</p> <p>Les plaquettes de PDA sont rangées dans le chariot de médicament. Lors de son tour l'IDE distribue les médicaments, exceptés ceux de la nuit qui sont préparés par l'IDE et entreposés dans un coffre sécurisé spécifique.</p> <p>Un classeur dédié à la traçabilité de l'administration des traitements de nuit existe à l'infirmière mais n'est plus renseigné depuis le 9 juin.</p> <p><b>Remarque n°25 : Les modalités de la PDA, les étapes de vérifications de la réception et la traçabilité des administrations nocturnes présentent des fragilités pouvant favoriser les erreurs médicamenteuses.</b></p>	<p>«PA médicament» : bon de livraison signé et traçabilité réception PDA</p> <p>PA : plan de table à jour si distribution en salle</p> <p>R.43114-CSP</p>

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Respect de l'observance du traitement prescrit lors de l'administration	O			La prise effective est tracée sur les fiches thérapeutiques individuelles transmises par l'officine qui sont réunies dans un classeur à l'infirmière.	Article R4312-10 CSP
Procédure de délégation de la distribution des médicaments aux AS ou AVS (y.c pour les administrations de nuit)	N	E		Ecart n°18 : Il n'existe pas de procédure de délégation de distribution des médicaments aux AS/AES.	Articles R. 4311-3 et 4 CSP
Existence d'un protocole spécifique pour l'aide à la prise de traitement par le personnel d'aide à la vie courante				Ecart n°19 : il n'existe pas de procédure de délégation de distribution des médicaments au personnel de la vie courante.	L313-26 CASF
Coffre pour produits stupéfiants	O				Article R.5132-26
Report des administrations de stupéfiants sur le registre de traçabilité des administrations de produits stupéfiants	O				Article R5132-36 CSP
La récupération des médicaments prescrits nominativement et non utilisés en vue de leur destruction est organisée pour les stupéfiants ?	O				

## 7.5 Qualité et gestion des risques

Jusqu'à récemment, l'EHPAD ne disposait pas de plan d'action d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Depuis l'arrivée de la nouvelle direction en janvier 2022, des actions d'évaluations internes et externes ont été menées avec deux plans d'action à l'appui.

Néanmoins la culture qualité doit être renforcée notamment par la mise en place de groupes de parole et d'analyses de pratiques. Concernant la gestion des risques, l'EHPAD est déclarant (8 déclarations depuis janvier 2022) mais la déclaration externe des EIGS et des EI internes doit être renforcée ainsi que la gestion et leur analyse de manière organisée et formalisée avec des méthodes d'analyses reconnues. Le référent qualité doit être désigné.

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ?			R	<b>Remarque n°26 : Le responsable qualité n'est pas connu des personnes rencontrées.</b>	
Existence d'une démarche d'évaluation interne	0		R	Un autodiagnostic [REDACTED] « [REDACTED] » sur le circuit du médicament a été réalisé le 28 avril 2022 en présence de la Direction du MedCo, de l'IDEC et de l'IDF référente du médicament. Cet audit interne a été réalisé suite à la déclaration d'un [REDACTED] Un plan d'action d'amélioration a été élaboré et est en cours.	L312-8, D312-203, D312-205 CASF
Existence d'une démarche d'évaluation externe	0			<b>Remarque n°27 : Le seul audit interne transmis porte sur la prise en charge médicamenteuse.</b>  Un audit externe a été réalisé le 15/02/22. Le taux de conformité global sur les champs audités était de 62 %, les taux par champ étant respectivement de : - 45% pour la sécurité du bâti et des installations techniques, - 63% pour le droit du travail, - 61% pour les droits des usagers, - 77% pour la gestion et la commercialisation de l'activité et les prestations hôtelières, - 44% pour les procédures de soins.	D312-205
Existence d'un plan d'action suite aux évaluations	0		R	Suite à l'audit externe un plan d'action d'amélioration a été mis en place. Ce plan contient 55 actions. Si les dates de début des actions sont pour toutes au 1/03/2022, la date prévisionnelle de réalisation va de 10 jours à 270 jours. Les actions à réaliser dans un délai de moins de 3 mois (14/ 55) étaient toutes réalisées à la date de la visite.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Existe-t-il une démarche d'évaluation périodique des pratiques ?	N			<p>Remarque n°28 : Les indicateurs de mesure et de suivi des actions ne sont pas précisés au sein du plan d'action d'amélioration.</p> <p>Remarque n°29 : Le plan d'action d'amélioration présenté n'intègre pas des actions antérieures à l'audit réalisé en février 2022, ni des actions d'autres sources (plaintes et réclamations, audit interne, fiche EI, EIG).</p>	
Les prestations effectuées en sous-traitance (restauration, ménage, linge...) sont-elles l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ?	N	E		<p>Écart n°20 : L'analyse des pratiques et des groupes de paroles par un psychologue ne sont pas mis en place ce qui contrevert à l'objectif axe 3 du CPOM.</p>	
Nombre de fiches d'EI en 2021	0	R		<p>Aucune évaluation sur ces sujets n'a été transmise</p> <p>Remarque n°30 : Le faible taux d'EI déclarés en interne témoigne d'une sous déclaration des dysfonctionnements et des EI au sein de l'EMPAD.</p>	
Procédures et Fiche déclaration EI/EIG	0	R		<p>Une procédure « protocole de déclaration et traitement des Événements indésirables » a été mise à jour le 15/03/22 (version 3), assortie d'une charte d'incitation au signalement. Des fiches de déclaration des EI existent. Ces documents sont accessibles dans le bureau des soignants, dans un classeur (mais la version qui y est présente n'est pas la dernière).</p> <p>D'après les entretiens si le personnel connaît l'existence de la fiche papier, ils ne font pas de déclaration écrite mais plutôt orale avec des retours inconsistants sur leur signalement.</p> <p>Aucun tableau de suivi et d'analyse des EI n'a été fourni.</p> <p>Les CR des CODIRS transmis ne traitent pas de l'analyse des EI.</p> <p>Remarque n°31 : Le personnel ne déclare pas des fiches EI.</p> <p>Remarque n°32 : Les EI ne font pas l'objet d'une analyse tracée et suivie d'action d'amélioration.</p>	<p>Objectif CPOM : Mettre en place l'analyse des pratiques et des groupes de paroles par un psychologue</p> <p>« PA médicamenteux », instaurer une culture de la déclaration et de l'analyse des EI</p> <p>« PA médicamenteux », réunion d'analyse EI / trimestre + plan d'action</p>

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
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 ?		N	R	Remarque n°33 : Les éventuelles fiches EI, leur analyse et leur gestion dont notamment les EIG déclarés aux autorités de contrôle et de l'afication, n'ont pas été traités au cours des CVS 2021 et 2022 transmis.	
Nombre résidents vaccinés contre la grippe saisonnière en 2021 et 2022 et taux de vaccination	0			80% en 2021 et 81% en 2022	
Nombre résidents vaccinés contre les infections à pneumocoque en 2020 et 2021 et taux de vaccination	0	N		Non renseigné dans le RAMA 2021 24,30 % en 2021 et 2022 (ce chiffre est en progression par rapport à 2018 qui était de 13%). Action 5 du CPOM	
Taux de vaccination du personnel contre la grippe saisonnière en 2021	0				
Chutes	0	R		<p>Les chutes sont déclarées sur le logiciel [REDACTED]. Un classeur recense les déclarations de chutes et les fiches actions post chutes correctives qui impliquent des actions de l'équipe pluridisciplinaire (kinésithérapeute, psychomotricienne notamment).</p> <p>En 2021 (source RAMA 2021) 108 chutes ont été signalées dont 2 compliquées d'hospitalisation pour fracture du col du fémur. Le bilan global des chutes est succinct, ne détaillant pas suffisamment les types de chutes, le nombre de résidents multi chuteurs et l'impact des mesures mises en place.</p> <p>Aucune chute n'a fait l'objet d'une déclaration EI interne et/ ou externe, ni d'une analyse collective à la recherche des causes profondes (avec une méthode connue de type « [REDACTED] » tracée). Il n'a donc pas été possible pour l'EHPAD de repérer un éventuel EIGS à déclarer et dont l'analyse pourrait donner lieu à des mesures d'amélioration de manière à réduire le risque (chute favorisée par un mode de contention, traitement...).</p>	<p>INSTRUCTION N° DGS/RIDGOS/DGCS/2012/433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aigües ou des gastroentérites aigües dans les collectivités de personnes âgées;</p> <p>INSTRUCTION N° DGS/RIDGOS/DGCS/2016/4 du 08 janvier 2016 relative aux mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière</p> <p>Objectif CPOM : inciter 100% des soignants à se faire vacciner</p> <p>CPOM axe 4 action : analyse chute (fiche), avec plan d'action et atelier équilibre</p>

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Analyse des causes de chute et mesures mises en place				<p>Remarque n°34 : Les chutes avec complications de font pas l'objet de RETEX ce qui ne permet pas de s'assurer s'il s'agit ou non d'un ElG à déclarer et que les causes profondes ont été identifiées.</p>	Article R331-9 du CASF
Nombre de signallements d'incidents et d'ElG adressés à l'ARS en 2021 et 2022	0			<p>2021 : 1 signallement par la Direction pour plainte d'une résidente se plaignant d'être maltraitée.</p> <p>2022 : 8 déclarations depuis le 1/1/22</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 en lien avec difficultés relationnelles avec les familles ; 2 Plaintes familles pour maltraitance, 1 action diffamatoire envers l'EHPAD,1 conflit avec un membre du CVS</li> <li>• 1 Et médicamenteux <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 fatigue</li> <li>• 1 défaillance appel malade</li> </ul> </li> <li>• Poste d'IDE vacant</li> </ul>	Articles L 331-8-1, R 331-8 & 9 du CASF, arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signaler des structures sociales et médico-sociales, articles R.1413-59 et R. 1413-79 du CSP
Les incidents et accidents donnent-ils lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition ?	0	R		<p>Dans l'ensemble les déclarations sont faites dans un délai inférieur à 7 jours. Au sein de la déclaration les mesures immédiates sont renseignées.</p> <p>Excepté l'ElG médicamenteux qui a donné lieu à une analyse approfondie avec un diagnostic « Interdiag » assorti en outre d'un plan d'action, d'une actualisation et créations de procédures du médicament, l'EHPAD n'a pas fourni de tableau d'analyse des ElG et des actions d'améliorations.</p> <p>Remarque n°35 : Les ElG ne font pas systématiquement l'objet d'une analyse approfondie.</p>	Article L 331-8-1 CASF, article R331-8 & 9 CASF, Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signaler des structures sociales et médico-sociales, article R. 1413-59 et R. 1413-79 du CSP

## 8 RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES

N°	Liste des écarts relevés par la mission
E1	En ne demandant pas aux professionnels paramédicaux libéraux intervenant dans l'établissement de signer une convention encadrant leurs modalités d'intervention, le gestionnaire et la direction contreviennent à l'article L314-12 du CASF.
E2	En n'organisant pas une planification de présence des AS diplômés en nombre suffisant correspondant à une prise en charge continue des résidents, le gestionnaire et la direction contreviennent aux article D 312-155-0.II et L 311-3 du CASF et n'assurent pas la sécurité et le bien-être des personnes.
E3	<b>En ne mettant pas en place une présence quotidienne et effective d'un IDE, le gestionnaire et la direction contreviennent aux article D 312-155-0.II et L 311-3 du CASF et n'assurent pas la sécurité et des soins continus aux personnes.</b>
E4	En n'organisant pas la présence systématique d'un AS ou AMP diplômé chaque nuit, le gestionnaire et la direction contreviennent aux article D 312-155-0. II et L 311-3 du CASF et n'assurent pas la sécurité et des soins continus aux personnes hébergées.
E5	Le registre des entrées et des sorties des résidents n'est pas tenu à jour.
E6	Le Conseil de vie sociale ne s'est réuni que deux fois en 2021, alors qu'il doit se réunir au moins trois fois par an.
E7	<b>L'encadrement des soins n'est pas stabilisé alors que l'un des postes infirmiers est régulièrement pourvu par des vacataires ce qui peut être de nature à altérer la qualité et la sécurité des soins.</b>
E8	La traçabilité de l'avis du médecin coordonnateur concernant l'admission n'est pas systématiquement retrouvée dans le dossier du résident.
E9	La commission de coordination gériatrique ne s'est pas encore réunie en 2022 ce qui contrevient à l'article D312-158 CASF.
E10	Les conventions avec les HAD partenaires, la M2A, un service de psychiatrie et un SAU n'étaient pas présentées à la mission au jour de la visite ce qui contrevient aux objectifs du CPOM.

E11	Les mesures particulières devant figurer dans l'annexe au contrat de séjour ne sont pas systématiquement retrouvées dans les dossiers des résidents.
E12 (R9)	<b>Le projet de soin individuel n'est pas systématiquement retrouvé au sein du dossier médical du résident ce qui contrevient au CPOM.</b>
E13	<b>La traçabilité des soins de la vie courante n'est pas exhaustive ce qui ne permet pas de garantir de leur qualité.</b>
E14	Le défibrillateur automatisé externe (DAE) situé au RDC dans la cage d'escalier près de l'accès au hall n'est pas visible de tous, et est installé à distance de la trousse d'urgence qui est au 1er étage.
E15	La politique du médicament n'est pas inscrite au Projet d'établissement.
E16	La liste du stock tampon n'a pas été transmise.
E17	<b>Une liste préférentielle [REDACTED] est présente dans un classeur mais n'est pas personnalisée à l'EHPAD.</b>
E18	Il n'existe pas de procédure de délégation de distribution des médicaments aux AS/AES.
E19	Il n'existe pas de procédure de délégation de distribution des médicaments au personnel de la vie courante.
E20	L'analyse des pratiques et des groupes de paroles par un psychologue ne sont pas mis en place ce qui contrevient à l'objectif axe 3 du CPOM.
<b>N°</b> <b>Liste des remarques formulées par la mission</b>	
R1	En n'organisant pas la présence effective et quotidienne d'un cuisinier, le gestionnaire et la direction n'offrent pas prestation vendue aux résidents et compromettent leur sécurité en cas de changement de texture notamment.
R2	Les dossiers des salariés ne contiennent pas l'exhaustivité des pièces attendues.
R3	Le taux de présence de l'EHPAD est inférieur au taux d'occupation de 95% fixé par arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R. 314-160 du CASF.
R4	L'EHPAD, autorisé à héberger des personnes âgées à titre permanent, accueille des résidents pour des séjours de courte durée.

R4	L'affichette 3977 n'est pas affichée de façon visible, mais rangé à l'intérieur d'un classeur.
R5	Le registre de réclamations n'est pas ouvert à l'usager.
R6	Absence de mise en place d'une climatisation fonctionnelle dans l'établissement.
R7	Le local où sont stockées les protections d'incontinence est désordonnée, de nombreux cartons vides sont laissés à l'abandon dans un local exigu.
R8	Le système des médaillons est défaillant et de surcroît le bouton d'appel est trop dur pour les résidents.
R8	La liste des MT et leurs coordonnées mail n'étaient pas à jour au moment de l'inspection.
R9	Faute de disposer d'un support unique des données médicales au sein de l'EHPAD, la mission n'a pas pu apprécier l'exhaustivité de l'évaluation gériatrique standardisée auprès des résidents.
R10	La mobilisation des acteurs de santé du territoire n'est pas recensée ni analysée dans le RAMA.
R11	La multiplicité des supports des données médicales ne favorise pas la synthèse et la coordination des soins.
R12 (R6)	Les plans de soins transmis à la mission sont incomplets.
R13	Les transmissions ciblées (TC) ne sont pas clairement identifiées dans le dossier de soins informatisé.
R14	Les intervenants dans le logiciel dossier patient ne sont pas identifiés par leur qualité professionnelle et les vacataires n'ont pas de code personnalisé ce qui ne permet pas de connaître l'identité de celui ou celle qui a réalisé le soin.
R15	Il n'est pas possible en l'état actuel d'avoir accès de manière aisée à l'ensemble des informations concernant le bilan de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) des résidents, ce qui ne permet pas d'en faire l'évaluation et d'identifier des actions d'améliorations.
R16	Les évaluations de la douleur ne sont pas systématiquement tracées.

R17	L'absence de traçabilité des éléments de la continuité médicale de prise en charge peut être de nature à altérer la coordination des soins et leur continuité.
R18	Un plan d'action médicamenteux en cours mais son calendrier de réalisation n'est pas à jour.
R19	Actualiser le calendrier de réalisation du PA médicament et en préciser les indicateurs de suivi.
R20	Le stockage des médicaments dans les chariots n'est pas conforme aux bonnes pratiques et ne garantit pas l'identité-vigilance.
R21	Les médicaments hors PDA ne sont pas identifiés de manière nominative ni rangés de manière organisée. Le stock tampon n'est pas rangé de manière organisée.
R22	Les prescriptions ne sont pas toutes à jour et ne sont pas informatisées, ne facilitant pas l'analyse pharmaceutique effectuée par le pharmacien.
R23	La liste des médicaments à ne pas écraser disponible n'est pas personnalisée à l'EHPAD.
R24	Les modalités de la PDA, les étapes de vérifications de la réception et la traçabilité des administrations nocturnes présentent des fragilités pouvant favoriser les erreurs médicamenteuses.
R25	Le responsable qualité n'est pas connu des personnes rencontrées.
R26	Le seul audit interne transmis porte sur la PEC médicamenteuse.
R27	Les indicateurs de mesure et de suivi des actions ne sont pas précisés au sein du plan d'action d'amélioration.
R28	Le plan d'action d'amélioration présenté n'intègre pas des actions antérieures à l'audit réalisé en février 2022, ni des actions d'autres sources (plaintes et réclamations, audit interne, fiche EI, EIG).
R29	Le faible taux d'EI déclarés en interne témoigne d'une sous déclaration des dysfonctionnements et des EI au sein de l'EHPAD.
R30	Le personnel ne déclare pas les évènements indésirables à l'aide des fiches EI.
R31	Les EI ne font pas l'objet d'une analyse tracée et suivie d'actions d'amélioration.

R32	Les éventuelles fiches EI, leur analyse et leur gestion, dont notamment les EIG déclarés aux autorités de contrôle et de tarification, n'ont pas été pas présentés au cours des réunions du CVS en 2021 et 2022.
R33	Les chutes avec complications ne font pas l'objet de retour d'expérience (RETEX), ce qui ne permet pas de s'assurer s'il s'agit ou non d'un EIGS à déclarer et si les causes profondes ont été identifiées.
R34	Les EIG ne font pas systématiquement l'objet d'une analyse approfondie.

## 9 CONCLUSION

L'inspection de l'EHPAD « Résidence de Sèvres », géré par le groupe DOMIDEP, a été réalisée de façon inopinée le 28 juin 2022.

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

- De gestion des ressources humaines : alors que l'établissement connaît une instabilité de son personnel, tout particulièrement infirmier (IDEC comprise), il est constaté une insuffisante organisation de la continuité de la présence des aides-soignants et des infirmières auprès des résidents ;
- D'organisation et fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins et concernant la prise en charge médicale et soignante : outre le risque de rupture dans la continuité et la sécurité des soins par l'absence de personnel AS et IDE de manière récurrente, la traçabilité des visites médicales et des soins dans les dossiers médicaux est insuffisante, de multiples supports des données médicales ne facilitent pas la coordination des soins, de plus il est constaté la présence de prescriptions médicales non informatisées parfois échues ;
- De prise en charge médicamenteuse : bien que faisant l'objet d'un plan d'action d'amélioration, le circuit du médicament présente des fragilités notamment au niveau de la vérification du pilulier avant administration et de la délégation aux AS et AES/AMP de l'administration ou de l'aide à la prise du traitement, qui ne sont ni procédurées ni encadrées ;
- De la démarche d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques, qui s'avèrent insuffisantes.

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

Fait à Saint-Denis, le 2 mars 2023

Dominique MOULS, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARS	Robby N'GUYEN, Chargé de suivi d'établissements, Ville de Paris
	
Nathalie VALERO Désignée inspectrice, ARS	Sophie PASQUIER, Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARS
	

---

## 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

**CTP** : Convention tripartite pluriannuelle

**CVS** : Conseil de la vie sociale

**DADS** : Déclaration annuelle des données sociales

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

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

**DUD** : Document unique de délégation

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

**E** : Ecart

**EHPA** : Etablissement hébergeant des personnes âgées

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

**EI/EIGG** : Evènement indésirable/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** :

**PECM** : Prise en charge médicamenteuse

**PMR** : Personnes à mobilité réduite

**PMP** : PATHOS moyen pondéré

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

**R** : Remarque

**RDF** : Règlement de fonctionnement

**UHR** :

**UVP** : Unité de vie protégée

## 11 ANNEXES

### 11.1 Annexe I : Lettre de mission



Cabinet de la Directrice générale  
Inspection régionale autonomie santé  
Délégation départementale de Paris

Affaire suivie par : Dominique MOULS  
Courriel : [REDACTED]



Madame Dominique MOULS, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale autonomie santé,

Madame Nathalie VALERO, inspectrice désignée, Inspection régionale autonomie santé,

Madame Sophie PASQUIER, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation départementale de Paris,

Docteur Sylvie JOANNIDIS, médecin, personne qualifiée, Inspection régionale autonomie santé

Madame Luisa FLORES, personne qualifiée, Inspection régionale autonomie santé

Saint-Denis, le 24 JUIN 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 rapide d'un programme d'inspection des EHPAD sur l'ensemble du territoire national.

Ce programme, diligenté sur le fondement des articles L.313-13- V et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de faire sur place, dans chacun des établissements cibles, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

Dans ce cadre, je vous demande de participer à l'inspection de l'EHPAD « Résidence de SEVRES » géré par la S.A.S éponyme et situé 81, rue Vaneau, 75007 PARIS qui a été inscrit à ce programme sur proposition de la Délégation départementale de Paris (FINESS n° 750002552). Elle sera menée conjointement avec la Ville de Paris.

Cette inspection prendra en compte prioritirement les axes suivants :

- 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

La mission diligentée dans le cadre des dispositions prévues par les articles L.1421-1 et L.1435-7 du Code de la santé publique (CSP), sera composée de :

- Madame Dominique MOULS, inspectrice de l'action sanitaire et sociale et coordonnatrice de la mission d'inspection ;
- Madame Sophie PASQUIER, inspectrice de l'action sanitaire et sociale ;
- Madame Nathalie VALERO, désignée en qualité d'inspectrice par la Directrice générale de l'ARS Ile-de-France au titre de l'article L.1435-7 du CSP.

13 rue de Landy  
93200 Saint-Denis  
Tél. : [REDACTED]

Elle sera accompagnée de :

- Madame le Docteur Sylvie JOANNIDIS, chargée d'inspection désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du CSP.
- Madame Luisa FLORES, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du CSP.

L'inspection aura lieu à partir du mardi 28 juin 2022 selon l'organisation suivante :

- La mission sera réalisée entre 8 heures et 20 heures (cf. article L. 1421-2 du CSP) en mode inciné, sans information préalable de l'établissement.
- Les dispositions de l'article L. 1421-3 du CSP<sup>1</sup> s'appliqueront : les inspections comprendront 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, les membres de la mission mèneront les entretiens avec les personnes qu'il les jugeront utiles de rencontrer.

À l'issue de la mission, un rapport me sera remis dans un délai de deux semaines 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 sera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L. 121-1 du Code des relations entre le public et l'administration.

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

La Directrice générale  
de l'Agence régionale de santé  
d'Île-de-France



Amélie VERDIER

<sup>1</sup> Art L. 1421-3 CSP : « Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir sur place tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaires aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des documents de toute nature, entre quelques mains ou là où se trouvent propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle. Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal. »



La Maire de Paris,

Vu le Code général des collectivités territoriales ;

Vu le Code de l'action sociale et des familles notamment ses articles L. 133-2, L. 313-13 et L313-13-1 ;

Vu la délibération 2020 DOCT 17 en date du 3 juillet 2020, par laquelle le Conseil de Paris a donné à la Maire de Paris délégation de pouvoir en ce qui concerne les actes énumérés à l'article L. 2122-22 du Code général des collectivités territoriales et l'a autorisée à déléguer sa signature en ces matières aux responsables des services de la Ville de Paris ;

Vu l'arrêté en date du 12 octobre 2017 modifié portant réforme des structures générales des services de la Ville de Paris ;

Vu l'arrêté en date du 01 mars 2021 modifié portant réforme de la structure de la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé ;

Vu l'arrêté modificatif en date du 19 avril 2021 portant délégation de signature de la Maire de Paris à la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé ;

**Sur proposition de la Secrétaire Générale**

**ARRÊTÉ :**

Article premier :

Pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux prenant en charge, hébergeant ou accompagnant des personnes âgées ou en situation de handicap à Paris, et relevant de la compétence de la Ville de Paris, les contrôles prévus au titre de la section 4 « Contrôle administratif et mesures de police administrative » du Code de l'action sociale et des familles, peuvent être effectués par les agents départementaux désignés par l'article 2.

Article 2 : La liste des agents désignés:

1. **Mme Alice AMMI**
2. **Mme Laurence ARTIGOU**
3. **M. Sébastien BARIANT**
4. **Dr. Christine BERBEZIER**
5. **M. Laurent BIROW**
6. **Mme Liliane COMENSOLI**
7. **Mme Sandrine DAVID**
8. **Mme Marie-Anne GAINARD**
9. **Mme Dominique GRUJARD**
10. **Mme Isabelle GRUSON**
11. **Mme Martine IRATCABA**
12. **Mme Servanne JOURDY**
13. **Mme Christine LAURENT**
14. **Mme Amina LAZOUNI**
15. **M. Rabby N'GUYEN**

Accordé le 15/03/2022 à 10:42:42  
Date de réception en préfecture : 15/03/2022  
Date de réception préfecture : 15/03/2022

- 
16. Mme Vanessa OLIVIER  
17. Mme Isabelle PERRIN  
18. Mme Corinne TEYSSEDOU  
19. Mme Armande WALQUAN  
20. Mme Evelyne BELLASSET  
21. M. Lyonel DUFET  
22. Mme Sakina EL BOUZIDI  
23. Mme Aurélie FABRE  
24. Mme Vanessa MAURIN  
25. Mme Armande MORIN  
26. Mme Olivia REIBEL  
27. Pierre François SALVIANI (à compter du 1<sup>er</sup> mars 2022)  
28. Mme Alexandra SILARI

Article 3 :

**Ces agents sont fondés pour les besoins d'un contrôle à s'adjointre les compétences d'une personne qualifiée telle que visée par l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.**

Article 4 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal administratif compétent dans le délai de deux mois à compter de sa publication

Article 5 : Le présent arrêté sera publié au Bulletin départemental officiel de Paris.

Fait à Paris, le 10 FEV. 2022

Pour le Directeur de l'action sociale, de l'enfance et de la santé,

La Sous-Directrice de l'Automobile,

Gaëlle TURAN-PELLETIER

Arrêté de réception en préfecture  
076-17930078-20220211-000000000000-AI  
Date de télétransmission : 11/02/2022  
Date de réception préfecture : 11/02/2022

---

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

**EHPAD Résidence de Sèvres**  
**81, rue Vaneau 75007 PARIS (FINESS 750002552)**  
**Inspection du 28/06/2022**  
**LISTE DES DOCUMENTS**

**DES QUE POSSIBLE à remettre à la mission d'inspection ce jour en 3 exemplaires :\***

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (clé USB avec numéros) ou consultation	A compléter par la direction
<b>A</b>	Liste nominative des résidents par chambre admis à ce jour avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur affectation (PASA, HP, HT, UHR,..) leur date de naissance ou âge, date d'entrée (si possible format EXCEL et non pdf) ;	3 copies + sur clé USB	
<b>B</b>	Liste nominative des professionnels intervenant dans l'EHPAD (titulaires, CDI/CDD, stagiaires, libéraux etc..) avec leur fonctions, affectation, présents/absents/poste vacant (format EXCEL et non pdf)	3 copies + sur clé USB	
<b>C</b>	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	3 copies + sur clé USB	
<b>D</b>	Organigramme nominatif de l'EHPAD	3 copies + sur clé USB	
<b>E</b>	Un plan des locaux	3 copies + sur clé USB	
<b>F</b>	Dernier rapport annuel d'activité médicale (RAMA)	3 copies + sur clé USB	
<b>G</b>	Liste des résidents sortis depuis Décembre 2021	3 copies + sur clé USB	

**CE JOUR à remettre :**

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (clé USB avec numéros) ou consultation	A compléter par la direction
<b>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</b>			
<b>1</b>	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC	Copie + clé USB	
<b>2</b>	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC	Copie + clé USB	
<b>3</b>	Planning des CODIR EHPAD réalisés en 2021 et 2022 et les CR	Copie + clé USB	
<b>4</b>	Planning des CODIR avec l'OG réalisés en 2021 et 2022 et les CR	Copie + clé USB	
<b>5</b>	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Copie + clé USB	
<b>6</b>	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Copie + clé USB	
<b>7</b>	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Copie + clé USB	
<b>8</b>	Calendrier des astreintes du 2ème semestre 2022	Copie + clé USB	
<b>9</b>	Projet de soins	Copie + clé USB	
<b>10</b>	Plan continue d'amélioration de la qualité	Copie + clé USB	

11	Rapport financier et d'activité détaillé du directeur pour ERRD 2021 (Art R314-232 CASF)	Copie + clé USB	
12	Liste nominative des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format EXCEL non pdf)	Copie + clé USB	
13	Plannings des équipes de soins jour/night des 2 derniers mois (y-compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur	Copie + clé USB	
14	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Copie + clé USB	
15	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation	
16	Dossiers RH des salariés	Consultation	
17	Les fiches de tâches heureuses des AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) de jour et de nuit	Copie + clé USB	
18	Les fiches de tâches heureuses des ASH	Copie + clé USB	
19	Les conventions de stage des élèves stagiaires présentes le jour de la visite d'inspection	Copie + clé USB	
20	Copie des registres des délégués du personnel	consultation	
21	Cahiers des Délégués du personnel	consultation	
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			
22	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation/ copies	
23	Registre unique du personnel	Consultation/ copies	
24	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	Copie + clé USB	
25	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Copie + clé USB	
26	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	Copie ou consultation	
27	CR des réunions des CVS 2021 et 2022 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Copie + clé USB	
28	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1 et M en cours 2022) ; extraction de J-1 et de la nuit écoulée	consultation	
29	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	consultation	
III- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins et la prise en charge médicale et soignante			
30	Cahiers de transmission et de suivi, et autres supports de communication en interne	Copie + clé USB	
31	Procédure sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Copie + clé USB	
32	Convention établie entre l'EHPAD et la ou les officines de ville livrant les médicaments, le cas échéant	Copie + clé USB	
33	Dossiers des résidents : projets de vie/dc soins	Consultation	
34	Nb de repas enrichis, mixés ou hachés ; si collations nocturnes, modalités de préparation/distribution	Copie + clé USB	
35	Liste nominative des médecins traitants des résidents	Copie + clé USB	
36	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé au titre de la continuité des soins (urgences / HAD / Soins palliatifs)	Copie + clé USB	

37	Collaboration du médecin coordonnateur avec l'équipe mobile gériatrique (EMG), les réseaux de soins palliatifs, les services de hospitalisation à domicile (HAD) et les services de psychiatrie.	Copie + clé USB	
38	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	copie	
39	Rapport de la commission gériatrique annuelle et Plan d'action qualité (PAQ)	Copie + clé USB	
40	Classeur regroupant l'ensemble des protocoles de soins dont chute, douleur, soins palliatifs, fin de vie dénutrition, contentions, conduite à tenir en cas d'urgence	consultation	
41	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	Copie + clé USB	
42	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	
43	Fiche de synthèse nutritionnelle complétée	Copie + clé USB	
<b>IV-La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins</b>			
44	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 ?	Copie + clé USB	
45	Bulletins de paie de l'ensemble du personnel en fonction à l'EHPAD du mois M-1	Copie + clé USB	
46	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (tableau excel non pdf)	Copie + clé USB	
47	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) et des locations (lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres, ascenseur),	Copie + clé USB	
48	Tableau de bord annuel de suivi des indicateurs CPOM	Copie + clé USB	

---

### 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 lendemain par RDV téléphonique)

- La directrice de l'EHPAD
- La directrice régionale du gestionnaire DOMIDEP
- Deux stagiaires de direction (personnels administratifs)
- Le médecin coordonnateur (MedCo)
- L'infirmier coordonnateur
- Un/ une infirmier/ère
- La psychologue
- 3 aides-soignants (AS)
- 1 ASH/AVS/AMP/AES
- Deux représentants des familles et/ou des usagers



13 rue du Lendy  
93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00  
[iledefrance.ars.sante.fr](http://iledefrance.ars.sante.fr)

72/72

Agence régionale de santé Ile-de-France  
Rapport d'inspection n°2022-0433