

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

Ville de Paris – Direction des Solidarités

Sous-direction de l'Autonomie

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) RESIDENCE SAINT JACQUES**
Adresse 3 Passage Victor Marchand, 75013 Paris
N° FINESS 75 083 144 8

RAPPORT D'INSPECTION
N° 2023_IDF_00475
Inspection sur place le 26 janvier 2023

Mission conduite par

- Madame Laura SALVY, coordonnatrice de la mission d'inspection, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Pôle Ville Hôpital, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Dominique GRUJARD, chargée du contrôle des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, Direction des Solidarités ;
- Monsieur Frédéric MUSSO, responsable de la Mission Inspection des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, Direction des Solidarités.

Accompagnée par

- Docteur Estelle YAMANI, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique, Pôle Ville Hôpital, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Halimata NIANG, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique, Pôle Ville-Hôpital, Délégation Départementale de Paris.

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

- L'article L. 311-5, 2° 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 :*
 - o *Dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...)* ;
 - o *Portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;*
 - o *Faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;*
 - o *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 disjointre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions* ».

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

Enfin :

- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de 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.

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	4
INTRODUCTION	5
CONTEXTE DE LA MISSION D'INSPECTION	5
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	5
CONSTATS.....	5
PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	6
1. GOUVERNANCE.....	8
1.1. CONFORMITE AUX CONDITIONS DE L'AUTORISATION	8
1.2. MANAGEMENT ET STRATEGIE.....	10
1.3. ANIMATION ET FONCTIONNEMENT DES INSTANCES	18
1.4. GESTION DE LA QUALITE	20
1.5. GESTION DES RISQUES, DES CRISES ET DES EVENEMENTS INDESIRABLES	23
2. FONCTIONS SUPPORT	27
2.1. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	27
2.4. BATIMENTS, ESPACE EXTERIEURS ET EQUIPEMENT	41
2.5. SECURITES.....	44
3. PRISES EN CHARGE	46
3.1. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ADMISSION A LA SORTIE.....	46
3.2. RESPECT DES DROITS DES PERSONNES	54
3.3. VIE SOCIALE ET RELATIONNELLE.....	57
3.4. VIE QUOTIDIENNE. HEBERGEMENT :	59
3.8. SOINS.....	64
4. RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR.....	77
4.2. COORDINATION AVEC LES AUTRES SECTEURS.....	77
RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES	80
ÉCARTS	80
REMARQUES.....	81
CONCLUSION	83
GLOSSAIRE	84
ANNEXES	85
ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION DES AGENTS CHARGES DU CONTROLE.....	85
ANNEXE 2 : LISTE DES DOCUMENTS DEMANDES ET REMIS.	87

Synthèse

Éléments déclencheurs de la mission

Le présent contrôle, diligenté sur le fondement des articles L.313-13. et suivant du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC). Ce programme s'inscrit dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en inopinée, à compter du jeudi 26 janvier 2023, associant conjointement l'ARS et la Ville de Paris.

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièce et sur place.

Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et a porté sur les thématiques suivantes : la gouvernance, les fonctions supports, la prise en charge des usagers et les relations avec les partenaires extérieurs.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Se reporter au tableau en fin de rapport.

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

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

La programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan a conduit à l'inspection de l'EHPAD Résidence Saint-Jacques ORPEA, situé au 3 passage Victor Marchand à Paris 13^{ème}, numéro de FINESS 750831448.

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

Modalités de mise en œuvre

L'inspection a été réalisée en inopinée, à compter du jeudi 26 janvier 2023, associant conjointement l'ARS et la Ville de Paris.

Une première visite a été réalisée sur place le jeudi 26 janvier 2023 durant laquelle la mission d'inspection a pu s'entretenir avec des salariés de la résidence, des intervenants extérieurs ainsi que des familles et résidents. Une visite complémentaire a eu lieu le lundi 6 mars 2023.

La directrice d'exploitation de la résidence ORPEA Saint-Jacques a pris ses fonctions le lundi 23 janvier 2023, soit quatre jours avant le démarrage de la mission. L'ARS et la Ville de Paris n'étaient pas informées de sa prise de poste au moment de la visite.

La mission d'inspection a également rencontré le directeur régional du groupe ORPEA ainsi que l'infirmière coordonnatrice du groupe qui étaient présents dès la première matinée de l'inspection. Ils ont contribué, tout au long de la journée, à recueillir les documents demandés dans la liste en annexe, en appui de la directrice du site.

La mission d'inspection n'est donc pas en mesure de déterminer si les documents remis et communiqués sont directement accessibles sur site par la directrice d'exploitation.

L'équipe de direction a mis en œuvre des conditions d'accueil favorable à l'inspection permettant la visite des locaux, la réalisation d'entretiens ainsi que la consultation des documents sur place.

La liste des documents demandés et remis est consultable en annexe du rapport.

Les points relevant de la santé environnementale sont traités par l'Agence Régionale de Santé dans un courrier distinct.

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

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

Constats

Le rapport est établi au vu des réponses apportées aux questions posées sur une base déclarative et aux documents probants transmis.

La grille est renseignée dans la colonne « Constat » de la façon suivante :

- Remarque, notée « R » : non-conformité par rapport à une recommandation de bonne pratique et/ou à un standard référencé
- Écart, noté « E » : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire

Présentation de l'établissement

Situé au 3 passage Victor Marchand Paris 13^{ème}, l'EHPAD Résidence Saint-Jacques est géré par la Société Anonyme ORPEA située 12 rue Jean Jaurès - 92800 Puteaux.

Ouvert en 1993, l'EHPAD Résidence Saint-Jacques ORPEA dispose de 110 places en hébergement permanent dont 30 places en unité de vie protégée et d'un pôle d'activités et de soins adaptés de 14 places.

L'EHPAD est conçu pour accueillir des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer.

Il n'est pas habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

Selon l'état prévisionnel des recettes et des dépenses 2022, le GMP s'élève [REDACTED], les données de l'EHPAD sont au-dessus des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés.

Les 97 résidents accueillis au 26 janvier 2023 étaient répartis comme suit :

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

Plus précisément, la distribution des unités est la suivante :

Étage/bâtiment	Type d'unité	Nombre de résidents accueillis	GIR moyen	GMP moyen
1 ^{er} étage	Unité protégée	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
2 ^{ème} étage	Hébergement Permanent			
3 ^{ème} étage	Hébergement Permanent			
4 ^{ème} étage	Hébergement Permanent			
5 ^{ème} étage	Unité protégée			
6 ^{ème} étage	Hébergement Permanent			
7 ^{ème} étage	Hébergement Permanent			

Le budget de fonctionnement est de 2 542 226€ en 2022, dont 210 903€ au titre de la dépendance et 2 331 323€ au titre du soin.

Une convention tripartite avec l'ARS et la Ville de Paris a été signée pour la période 2014 à 2019. En l'absence de CPOM, la convention tripartite 2014-2019 afférente à cet EHPAD continue de s'appliquer.

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

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

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Résidence Saint-Jacques		
Nom de l'organisme gestionnaire	ORPEA		
Numéro FINESS géographique	750831448		
Numéro FINESS juridique	920030152		
Statut juridique	Privé lucratif		
Option tarifaire	Tarif partiel		
PUI	Non		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ³
	HP	110	110
	HT	0	0
	PASA	14	14 (7 en activité)
	UHR	0	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0		

³ Au jour du contrôle sur place

1. Gouvernance

1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.1.0	Conformité aux conditions d'autorisation	Principaux - Vérifier que la structure informe les autorités administratives de l'évolution de la structure - Vérifier que la structure connaît la procédure de renouvellement d'autorisation. Principales catégories de risques possibles : Juridique	du de la structure	contrôle est à jour missions et de son fonctionnement d'autorisation.	
1.1.1.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quels est le statut juridique de la structure ? Rachat récent de l'EHPAD par nouveau gestionnaire dont l'ARS n'est pas informée ? Les obligations liées à ce statut sont-elles satisfaites ? (Instances gestionnaire : Conseil d'administration (public), Président d'association, PDG.	L'établissement est un EHPAD privé commercial (catégorie 6). L'établissement est rattaché à la Société Anonyme ORPEA.		L313-1, 4ème alinéa du CASF (obligations de reporting aux autorités de tous changements)
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	L'EHPAD est-il conforme aux conditions de l'autorisation (nombre de places, Hébergement Permanent, Hébergement Temporaire, PASA, UHR, UVP, Accueil de jour, Accueil de Nuit) ? Taux de présence au jour du contrôle / taux d'occupation N-1 ?	L'EHPAD dispose de 110 places en hébergement permanent dont 30 places en Unité de Vie Protégée et 14 places ouvertes en PASA, dont 7 places fonctionnent le jour de l'inspection par manque d'un professionnel ASG. 		L313-1 alinéa 4 du CASF (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation) L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation) R314-87 et R314-88-I et -II du CASF (autorisation de dépenses relatives aux frais de siège : prestations incluses et DUD) D313-15 CASF (% par GIR) " " accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 supérieure à 15 % de la capacité autorisée ainsi qu'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 supérieure à 10 % de la capacité autorisée". & R 332-1 CASF (APA Etb 60 ans) D312-155-0-1 CASF (PASA)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.1.5	Conformité aux conditions d'autorisation	La direction a-t-elle transmis aux autorités compétentes le CPOM en cours de validité ?	Le CPOM est en cours de négociation depuis 2019.		D312-155-0-2 CASF (UHR) D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)
1.1.3.0	Conformité aux conditions d'autorisation	Principaux de - Vérifier que les personnes accueillies correspondent aux caractéristiques définies par l'autorisation et que la structure atteint ses objectifs en terme charge Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes – Financier	du personnes prises en contrôle		L313-11 CASF (CPOM) L313-12 (contenu CPOM)
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie : - nombre de personnes, - âge des personnes, - données sociodémographiques disponibles, état de santé, - état de dépendance : proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 et proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 ; - état de handicap ? Quel est le nombre de personnes majeures relevant d'un régime de protection juridique ?	97 personnes sont présentes dans 		D313-15 du CASF (EHPAD : 2 critères cumulés doivent être remplis : "Les EHPAD accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 > à 15 % de la capacité autorisée et une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 > à 10 % de la capacité autorisée") D312-158, 2° (avis du médecin à l'admission), 4° (évaluation par le médecin de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis), 6° du CASF (évaluation gériatrique).

1.2. Management et Stratégie

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.1.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs - Vérifier l'existence et le contenu des instruments de pilotage prévus par les textes (règlement de fonctionnement, projet d'établissement, projet de service...) Principales catégories de risques possibles : Juridique et Managérial			
1.2.1.1	Management et Stratégie	Existe-t-il un règlement de fonctionnement ? Le règlement de fonctionnement est-il affiché dans l'EHPAD ? Le règlement de fonctionnement est-il remis à chaque résidents ?	L'équipe d'inspection a pu constater l'existence d'un règlement de fonctionnement, intégré dans le livret d'accueil du résident, disponible à l'accueil de la résidence et affiché au tableau d'affichage au -1. Il a été rapporté que le règlement de fonctionnement était remis avec le livret d'accueil à chaque nouveaux résidents et leurs familles.		L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement)
1.2.1.2	Management et Stratégie	Le règlement de fonctionnement contient-il les dispositions obligatoires prévues dans le CASF : - respect des droits des personnes prises en charge, - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - sûreté des personnes et des biens, - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui, - Temps de réunions, transmissions, partage	Le règlement de fonctionnement répond aux exigences citées dans les articles R.311-35, R.311-36 et R.331-37 du CASF		R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.			
1.2.1.4	Management et Stratégie	Existe-t-il un projet d'établissement formalisé, en cours de validité, signé par l'organisme gestionnaire après validation par le CVS et transmis à l'ARS ? Le projet d'établissement comprend-il un volet relatif aux soins ? Comment et par qui a-t-il été élaboré ? À partir de quels constats ?	Le projet d'établissement de la Résidence qui a été remis date de 2015 - 2020. Depuis l'établissement n'a pas de projet actualisé. Néanmoins, il a été rapporté qu'un projet était en cours de rédaction et au stade de la finalisation.	E : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF	L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans) D311-38 du CASF (projet de soins dans PE, soins palliatif) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) R314-88 1° du CASF (prestations du siège incluses dans les frais des siège-projet d'établissement) D312-158, 1° (projet général de soins) du CASF HAS, "L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en ESMS", 2009
1.2.1.6	Management et Stratégie	Existe-t-il un « plan bleu » actualisé et adapté à la structure ? Ce plan contient-il : - les modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre selon les risques - les modalités de la continuité d'activité - les modalités de la reprise d'activité	Un plan bleu a été remis datant de mai 2022. Il contient l'ensemble des informations réglementaires. Les noms et coordonnées des tableaux suivants ne sont pas à jour : - composition de la cellule de crise - référents de l'établissement - fiche de sécurité et toutes les fiches action Plan Bleu confinement de l'établissement	R : Le plan de crise sanitaire ou climatique n'est pas actualisé, notamment pour les coordonnées	L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) D312-155-4-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique) Arrêté du 7 juillet 2005, mod. par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.
1.2.2.0	Management et Stratégie	Principaux - Vérifier les caractéristiques du - Vérifier les liens entre la Principales catégories de risques possibles : Managérial et social	du trinôme de direction et les professionnels direction et les professionnels	contrôle encadrement (directeur, IDEC, MedCo) (réunion, audit interne, ...)	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.1	Management et Stratégie	Y-a-t-il un directeur en poste dans l'établissement ? Existe-il un organigramme à jour (noms et ETP) de la structure, est-il disponible et affiché ? L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?	La Directrice d'Exploitation a pris ses fonctions dans l'établissement [REDACTED] Un organigramme datant du mois de juin 2021 a été remis par la secrétaire de l'accueil. Il a été mis à jour le jour de l'inspection (26/01/2023) en présence d'un membre de l'équipe de l'inspection. C'est un organigramme hiérarchique sans liens fonctionnels et sans indication des ETP. Les autorités de tarification n'ont pas été informées de la prise de poste de la directrice au jour de l'inspection, à [REDACTED]		L315-17 (dir EHPAD public) et D312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé) Circ DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil L311-8 CASF (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement) D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD) L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD) HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », et « Mission du resp. d'ébt et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008
1.2.2.2	Management et Stratégie	À quelle fréquence ont lieu les CODIR / COMEX / COPIL (réunion des cadres de l'EHPAD) ? Qui y participe ? Qui rédige le CR ? Quelle diffusion ?	D'après les entretiens, la direction et les responsables de secteur de l'établissement se réunissent tous les mardis matin en staff de direction qui correspond au CODIR. Les participants sont : - Directrice - Adjointe de direction - Assistante - Médecin coordonnateur [REDACTED] - IDEC - Psychologue - Maître d'hôtel - Gouvernante [REDACTED]		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			- Animateur - Chef cuisinier Les comptes rendus rédigés par l'adjointe de direction ou l'assistante. Les CR ont été communiqués, pour l'année 2021 jusqu'au mois de novembre 2022.		
1.2.2.3	Management et Stratégie	Existe-t-il des signes de conflit entre la direction et les personnels : - pétitions, - absentéisme élevé, - rotation des personnels, - affaires prud'homales, - TMS et RPS, contrôles - sollicitations des délégués du personnel ou des syndicats...	Il a été rapporté lors des entretiens avec le personnel de l'établissement qu'il n'y avait pas de conflits au sein de l'établissement, mais un sentiment de ne pas être entendu, ni soutenu par la direction. L'arrivée de la directrice, les vacances de postes [REDACTED] et le [REDACTED] génèrent une inquiétude des personnels. Au cours des entretiens, il a été rapporté qu'il y a eu un fort taux d'absentéisme au niveau des aides-soignantes et une longue période (9 mois en 2022) sans IDE fixes.		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité du résident)
1.2.2.5	Management et Stratégie	Quelles sont les relations formelles du directeur avec l'organisme gestionnaire ? - fréquence et modalités ? Existe-t-il un soutien effectif et de quelle nature ? Démarche qualité, aide RH, mutualisations MedCo et prescripteurs, intervention en cas de vacances de poste de direction, recrutements et plans de formation Existe-il une modalité de contact en urgence ?	Un CODIR mensuel est organisé sur une journée avec l'organisme gestionnaire au niveau régional. Les comptes rendus de l'année 2021 et 2022 ont été transmis. Les fonctions ressources humaines, Qualité et Formation sont supervisées par le groupe au niveau régional.		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur, EHPAD privé)

N°I/GAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			L'organisme gestionnaire met à disposition de l'établissement en cas de vacance de poste : - L'appui d'un directeur d'exploitation d'un autre établissement ou Directeur régional - L'appui d'un MedCo régional - L'appui d'un IDEC régionale L'équipe d'inspection a rencontré le jour de l'inspection le directeur régional et l'IDEC régionale.		
1.2.2.6	Management et Stratégie	Date de prise de fonction du directeur ? ETP du directeur au sein de l'EHPAD ? Le directeur exerce-t-il dans plusieurs EHPAD ? si oui, lesquels ? Existe-t-il une fiche de poste pour le directeur ? Est-elle cohérente avec les délégations accordées ? Quel est le champ de compétences du directeur ? - Conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement - Gestion et animation des ressources humaines - Gestion budgétaire, financière et comptable - Coordination avec les institutions et intervenants extérieurs	La Directrice d'Exploitation a pris ses fonctions [REDACTED] à la Résidence Orpéa Saint-Jacques. Il est précisé dans le contrat de travail que le lieu de travail n'est pas contractuel et a un « caractère purement informatif » : « la salariée pourra être amenée à se déplacer sur d'autres résidences et cliniques appartenant au groupe ou gérés par le groupe ». La fiche de poste non signée a été transmise et est cohérente aux délégations accordées. Un document de délégation de compétences et de missions co-signé par le directeur général d'ORPEA et la directrice d'exploitation a pu être fourni. Le champ de compétences de la directrice est décrit dans la fiche de poste :		L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé)

N°\GAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			- Projet d'établissement de la résidence - Gestion des résidents et des familles - Gestion des équilibres économiques - Gestion des ressources humaines, en collaboration avec la DRH Groupe et la direction régionale - Management, en collaboration avec les responsables de service - Sécurité des personnes et des biens - Démarche qualité		
1.2.2.7	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	Le diplôme Master [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] est réglementaire.		D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur) D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur) D312-176-10 (ets publics communaux) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS)
1.2.2.8	Management et Stratégie	Existe-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des astreintes techniques ? Sont-elles mutualisées avec d'autres établissements ? Si des décisions particulières doivent être prises pendant la nuit en urgence, quelle est la procédure de validation ?	Il existe une astreinte administrative le week-end effectuée par la direction et les cadres de l'établissement à raison d'un week-end par mois avec deux jours de récupération par professionnels. Il a été communiqué un tableau d'astreinte administrative mis à jour le jour de l'inspection pour le mois en cours, janvier 2023.		

N°[GAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Les contrats de travail de la directrice, de la directrice adjointe et de l'IDEC mentionnent la possibilité de travailler en week-ends et jours fériés. Les astreintes ne sont pas mentionnées dans les fiches de poste de ces mêmes professionnels.		
1.2.2.1 0	Management et Stratégie	Les délégations de signature ont-elles été formalisées par écrit ? Quel est leur contenu ? Ont-elles été communiquées au conseil d'administration et publiées au sein de l'établissement ?	Il existe une délégation de signature pour les contrats de travail des salariés non cadres et contrats d'intérim. Cette délégation est contenue dans le document de délégation de compétences et de missions. L'équipe d'inspection n'est pas en mesure de confirmer que les délégations de signature ont été communiquées au CA et publiées au sein de l'établissement.		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur - EHPAD privé - adressé au CVS et autorités compétentes) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège-DUD) D315-68 CASF (contenu délégation, EHPAD public) D315-70 CASF (transmission et publication des délégations) D315-71 CASF (délégation de signature pdt du CA-> directeur) D315-67 CASF (délégation de signature directeur -> membre A) D315-68 CASF (contenu délégation) D315-69 CASF (qualification et grade du délégataire)
1.2.2.1 1	Management et Stratégie	Le directeur a-t-il le pouvoir de subdéléguer sa signature et selon quelles conditions ?	Le Directeur régional indique dans la liste des pièces remises le jour de l'inspection que cette mesure n'existe pas dans l'établissement.		
1.2.2.1 2	Management et Stratégie	L'EHPAD dispose-t-il d'un ETP ? Sur quel ETP ? L'IDEC est-il titulaire de formation relative à ses fonctions ?	Le jour de l'inspection, l'IDEC était présente. [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] L'IDEC est titulaire d'un diplôme d'Etat d'infirmier qui a été remis aux membres de la mission		RBPP HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement". 2011 Ordre national des infirmiers, l'IDEC en EHPAD (site internet)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.2.1 3	Management et Stratégie	La direction a-t-elle remis la fiche de poste à l'IDEC, signée par les 2 parties ?	La fiche de poste signée de l'IDEC a été remise et contient uniquement la signature de l'intéressée.		
1.2.2.1 4	Management et Stratégie	Existe-t-il un MedCo ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge ? Le nombre d'ETP de présence du MedCo est-il conforme à la réglementation selon le nombre de résidents ? Le MedCo assure-t-il des astreintes médicales ? Modalités ?	L'établissement est sans médecin coordonnateur depuis octobre 2022.	E : En l'absence de médecin coordonnateur au sein de l'équipe pluridisciplinaire, l'EHPAD contrevient aux articles D312-155-0 et D312-156 du CASF	D312-156 du CASF (ETP MedCo)
1.2.3.0	Management et Stratégie	Principaux objectifs - Vérifier les modalités d'organisation et de formalisation de la communication interne auprès des personnes accueillies, de leur entourage ou du personnel - Vérifier les modalités de communication externe promouvant les activités de l'établissement ou permettant de gérer un événement indésirable ou une crise	du contrôle		
1.2.3.5	Management et Stratégie	Principales catégories de risques possibles : Managérial - Social – Médiatique Les affichages suivants sont-ils bien présents et visibles dans l'établissement : ☐ tarifs / arrêté du CD ☐ règlement de fonctionnement ☐ PV des CVS et composition CVS ☐ PV des commissions de restauration ☐ résultats de la dernière enquête de satisfaction ☐ liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil) ☐ charte des droits et libertés de la personne accueillie ☐ programme des animations de la semaine ☐ menus affichés à jour ☐ tarifs et horaires des diverses prestations ☐ numéro 3977/ALMA	Les documents sont répertoriés dans un porte-document à l'accueil. Certains sont présents sur les panneaux d'affichage de l'établissement.		L. 311-4 CASF (charte des droits et libertés pers. Accueillie) R.311-34 CASF (règlement de fonctionnement)

1.3. Animation et fonctionnement des instances

N°IGA S	Sous- thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.3.3.0	Animation et fonctionnement des instances	Principaux objectifs - Vérifier son existence, les modalités de sa constitution, de son renouvellement, sa composition et son fonctionnement Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes	du contrôle		D311-3 à 32-1 CASF (CVS)
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances	Il y a-t-il un CVS en place ? Date de la dernière élection ? La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation ? Le règlement de fonctionnement a-t-il été approuvé par le CVS ? Qui sont établis les ordres du jour ? et modalités de communications ? Combien de fois se réunit le CVS chaque année ? Qui est chargé de rédiger les comptes rendus ?	Conformément à l'article D. 311-16 du CASF des réunions CVS sont organisées au moins 3 fois par an. L'ordre du jour est effectué avec en fin de séance avec les membres du CVS présents. En 2022 le CVS s'est réuni à 3 reprises. Le conseil se compose : 1 présidente, résidente de l'EHPAD, 3 représentants des résidents, 3 représentant des familles 2 représentants du personnel 1 représentant de la direction Conformément à la réglementation. Il est rapporté dans le PV du CVS du 07/07/2022 qu'une élection partielle a été réalisée au mois de juin suite au départ de plusieurs membres et que le renouvellement complet aura lieu courant 2023. Les procès-verbaux sont co-signés par la présidente et la directrice. Au cours de l'entretien, la directrice a fait part de sa volonté de réunir le CVS dans le cadre de sa prise de poste.		D311-4 CASF (nb et répartition des membres du CVS) D311-5 CASF (membres minimum du CVS) D311-6 CASF (répartition membres du CVS Résident/famille>à la moitié du nombre total des membres) D311-8 CASF (durée 1 à 3 ans) D311-9 CASF (président du CVS et directeur) D311-12 et -13 CASF (représentation des salariés et dans les éts publics des organisations syndicales) D311-15 CASF (CVS conseille et fait des propositions) D311-16 CASF (3 CVS au minimum par an + OJ communiqué au moins 8 jours avant) D311-20 CASF (relevés de conclusions du CVS)
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	Le CVS est-il informé des EI et dysfonctionnement au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?	D'après les trois PV de l'année 2022 communiqués à la mission d'inspection, un temps d'information est consacré aux événements indésirables intitulé comme suit :	E : En ne présentant pas de bilan des événements	R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement)

N°IGA S	Sous- thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	ement des instances		« Point sur les principaux plans d'actions (P/A) menés suite aux événements survenus au sein de l'établissement ». Dans deux des trois PV des CVS pour 2022, ceux des 14/09/2022 et 02/12/2022 il est indiqué : Pour le 14/09/2022 : « Aucun événement n'a donné lieu à une déclaration d'évènement indésirables ces derniers temps » Pour le 02/12/2022 : « Aucun événement n'a donné lieu à une déclaration sur les trois derniers mois » Or, il ressort du registre des EI 2022, 3 événements sur cette période [REDACTED]	indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF	

1.4. Gestion de la qualité

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.4.1.0	Gestion de la qualité	Principaux objectifs des - Vérifier les modalités de mise en œuvre d'une démarche continue de la qualité : identification des problématiques, démarche mise en œuvre, conditions d'appropriation ou protocoles - Apprécier l'implication de la direction, du personnel et la place donnée aux personnes accueillies et à leurs représentants Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes			
1.4.1.1	Gestion de la qualité	Des professionnels sont-ils désignés référents ? Si oui, dans quel domaine ? Sont-ils connus des autres professionnels ? Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ? Est-il formé aux méthodes de l'amélioration de la qualité ?	Il a été rapporté par la direction que l'organisation de la qualité est effectuée par le responsable qualité régional et que celui-ci fait le lien avec la direction de l'établissement.	R : les référents ne sont pas clairement identifiés au sein de l'établissement	HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance", 2018
1.4.1.7	Gestion de la qualité	Existe-t-il un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Fait-il l'objet d'un suivi en COPIL qualité ? Quelle est la composition du COPIL qualité ? Les prestations effectuées en sous-traitance (restauration, ménage, lingerie...) font-elles l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ?	Le PACQ 2021-2022 a été communiqué à la mission d'inspection. Il contient plusieurs missions en cours depuis 2016.		L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.4.2.0	Gestion de la qualité	Principaux - Vérifier que les évaluations internes et externes sont réalisées aux dates prévues par les textes Principales catégories de risques possibles : Juridique objectifs	du	contrôle	
1.4.2.1	Gestion de la qualité	À quelles dates ont été réalisées la dernière évaluation externe ? L'évaluation a-t-elle été transmise dans les délais à l'autorité ayant délivré l'autorisation ? Les actions engagées suite au rapport de l'évaluation externe sont-elles incluses dans le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ?	Un rapport d'évaluation externe a été réalisé et transmis aux autorités compétentes daté d'août 2014.		L312-8 du CASF (évaluation externe de la qualité des prestations délivrées, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité) D312-204 (calendrier évaluations - tous les 5 ans) R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège) D312-200 CASF (transmission du rapport évaluation + observations écrites à l'autorité de contrôle et à la HAS) D312-203 CASF (mention des actions d'amélioration continue de la qualité dans le rapport annuel d'activité)
1.4.3.0	Gestion de la qualité	Principaux - Apprécier le degré d'implication des instances dirigeantes et l'engagement du directeur pour la promotion de la bientraitance - S'assurer de l'existence de protocoles Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes – Managérial objectifs	du	contrôle	
1.4.3.1	Gestion de la qualité	Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance : - la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est-elle mentionnée dans le livret d'accueil ? - repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque (violences physiques et/ou violences morales et/ou violences sexuelles...) - existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? - plan de formation adapté, personnel - plan de soutien des victimes de maltraitance (3977, ALMA,...) sont-ils affichés ?	Le livret d'accueil contient une information sur les actions de l'établissement en lien avec la bientraitance : « L'établissement a mis en place un certain nombre d'outils et de supports permettant d'œuvrer en faveur de la bientraitance : • nomination de référents • formations spécifiques auprès du personnel, • évaluation régulière des pratiques professionnelles, • procédure sur les actions préventives permettant de repérer les situations à risques et de mettre		L119-1 CASF (Définition maltraitance) L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, le droit d'aller et venir de l'usager) Circulaire rel lutte c/ la maltraitance et au dvt de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement ... », 2008

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		Quelle est la participation du médecin coordonnateur ?	en place les actions qui s'imposent. » Il apparaît dans les « Fiches reflex » en date de février 2022 sur la gestion des événements indésirables, la mention de deux référents bientraitance, la psychologue et l'IDE régionale. Dans le plan de formation pour 2022 une formation « Référent bientraitance » est mentionnée, d'une durée de 7h sur une journée. La psychologue réalise par ailleurs des « mini-formations » auprès des équipes sur la bientraitance. Les « mini-formations » sont d'une durée de 5 minutes. La mission n'a pas eu connaissance de procédures et réunions dédiées à l'évaluation et au suivi des pratiques professionnelles. Les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance sont communiqués et affichés à plusieurs endroits. Les éléments recueillis par la mission d'inspection ne sont pas suffisants pour affirmer l'existence d'une politique de promotion de la bientraitance.		

1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.2.0	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Principaux objectifs - Apprécier l'organisation de la gestion des événements indésirables du contrôle - Principales catégories de risques possibles : Juridique – Sécurité des personnes			
1.5.1.1	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des enquêtes de satisfaction, réclamations des résidents ? Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font ils l'objet : - d'une rédaction systématique d'une réponse écrite au déclarant - de la réalisation d'un suivi et d'un bilan systématiques des réclamations et des signalements ?	Des enquêtes de satisfaction des résidents et familles sur l'année 2020 et 2021 ont été transmises à la mission d'inspection. Les enquêtes sont internes au groupe ORPEA basées sur des questionnaires de satisfaction distribués au sein de l'établissement de novembre 2019 à novembre 2021 avec un total de 121 retours sur cette période. En parallèle, des questionnaires ont été distribués dans les établissements régionaux et nationaux du groupe ORPEA. L'enquête de satisfaction sur 2022 n'a pas été communiquée. Les comptes rendus des CVS communiqués ne couvrent pas la période 2020-2021. La mission d'inspection n'a donc pas connaissance de l'utilisation de ces enquêtes ni de leur diffusion auprès des professionnels, des résidents ou des familles.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Les professionnels de santé ayant constaté un événement indésirable peuvent-ils le déclarer selon une procédure existante et connue ? Les équipes se sont-elles appropriées la procédure ? Les professionnels sont-ils formés à la classification / identification des différents EI ? Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables ?	Le directeur régional a présenté à la mission d'inspection le logiciel mis en œuvre par ORPEA, afin de répondre aux exigences de déclaration et traitement des EIG suite aux premiers rapports d'inspection remis en 2022 sur les établissements ORPEA. Une formation a été suivie par l'équipe de direction. Les équipes ont indiqué le jour de l'inspection, ne pas être suffisamment formées et informées pour l'utilisation de ce logiciel. Ce logiciel est en cours de déploiement dans l'établissement.		L313-24 CASF (protection du salarié déclarant) RBPP HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008 Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives)
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Quelles sont les modalités de suivi, analyses et RetEx des EI ? Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont mises en œuvre ? Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Des retours sont-ils faits aux déclarants ?	Les événements indésirables sont pris en charge par la direction, les équipes indiquent se référer à la direction ou aux chefs de service dès lors qu'un événement grave a lieu. Plusieurs procédures récentes ont été communiquées à la mission : - un document de ORPEA en date de juin 2022 sous forme d'un mini guide "Déclarer un événement indésirable" présentant notamment le portail qualité mis en place par le groupe - une procédure, datant de aout 2022 "Signalement externe d'un EIG"	R : L'établissement n'a pas mis en place un suivi et un bilan des EIG dans le cadre d'une démarche d'amélioration de qualité et d'accompagnement des équipes.	L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration dysfonctionnement grave, EI, EIG aux autorités) R.331-10 CASF (information du CVS +/- les dispositions envisagées) R1413-67 à 73 CSP (déclaration et suivi des EIGs) R 1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) HAS, "Mission du resp d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance", 2008

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			- deux fiches REFLEX déjà mentionnées ci-dessus (partie relative à la bientraitance) en date de février 2022 avec la procédure à tenir pour les équipes et pour la direction. Dans ces fiches est indiqué la tenue d'un groupe de parole pour l'analyse des EIG les jeudis. Ces pratiques ne sont plus en cours au moment de l'inspection. Pour 2022, la liste des actions d'amélioration communiquée à la mission "Rencontre et point sur la prise en charge" et "Mini formation : gestion de l'agressivité à l'encontre du personnel" sont "différées" sans plus de précisions. Au cours des entretiens, il est apparu une insuffisance du suivi des EIG, que ce soit au niveau des équipes ou de l'équipe de direction de l'EHPAD. Un des EIG est particulièrement revenu dans différents entretiens illustrant l'absence de suivi adapté pour les équipes. L'équipe de direction indique avoir connaissance de cette insuffisance.		

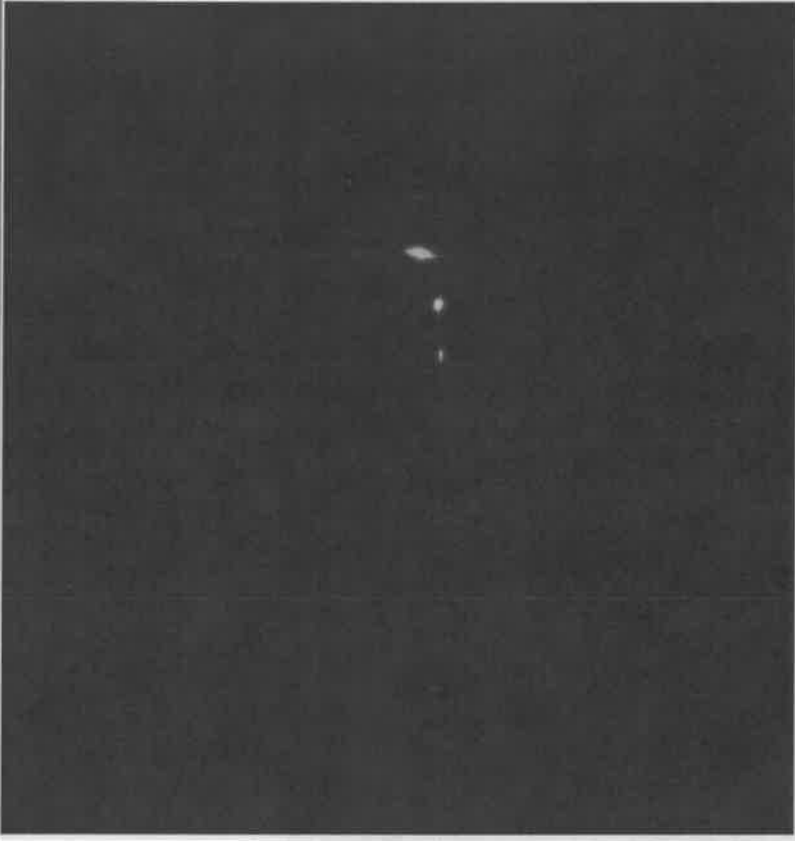
N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.1.6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Le signalement des faits à effectuer auprès des autorités administratives est-il réalisé ? - ARS - CD - Procureur de la République Des retours d'expériences sont-ils élaborés dans les 3 mois et transmis à l'autorité compétente selon les procédures réglementaires en vigueur ?	Les EIG sont signalés à l'ARS et à la Ville de Paris par l'équipe de direction. On note un écart pouvant aller de 2 jours à un mois sur la période 2020-2022, entre le moment où ont lieu les événements et le moment où ils sont signalés. Aucun RETEX n'est transmis aux autorités compétentes et la mission n'a pas eu connaissance de tels RETEX.		L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration EI/EIG/EIGS à l'autorité compétente) R1413-67 à 70 CSP (déclaration et suivi des EIGS) L1413-14 et R1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) Article 40 Code de procédure pénale (plainte et dénonciation au pénal)

2. Fonctions support

2.1. Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.0	Gestion des ressources humaines	Principaux - Vérifier que la gestion des personnels est conforme aux textes en tenant compte du statut de l'établissement : recrutements, rémunérations, application assurances... - Vérifier l'adéquation des postes des diplômes - Vérifier que les fiches de poste décrivent le contenu du travail attendu des agents occupés - Connaître l'état réel des effectifs propres à la structure et ceux relevant de conventions avec des professionnels extérieurs. Vérifier la conformité des effectifs aux conventions passées du personnel et le taux d'absentéisme (CPOM...)			
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	Principales catégories de risques possibles : Juridique – Managérial – Social Quels sont les effectifs prévus/en poste ? Comment se répartissent-ils : - catégories professionnelles, - qualifications, - domaines, - quotité de travail (ETP) - statuts (titulaires, contrats à durée indéterminée (CDI), contrats à durée déterminée (CDD), mis à disposition, intérimaires, stagiaires...), - ratios d'encadrement général et soignants (Charge en soins par IDE < 4300 ; Charge en dépendance par ASI/AES < 3200)	Les effectifs tels qu'ils apparaissent dans les données transmises pour l'année 2022 et le début de l'année 2023 s'établissent de la façon suivante : 	R : Les données fournies sur les ETP ne sont pas cohérentes et ne permettent pas d'extraire des données fiables.	D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante) L.311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement qualité) L311-8 CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		Capacité HP x PMP / total ETP IDE, si > 4300 cela traduit un manque Capacité HP x GMP / total ETP AS + AMP, si > 3200 cela traduit un manque) - Quel est le nombre de faisant-fonction d'AS ? Les effectifs sont-ils conformes aux dispositions du CPOM s'il existe ?	La répartition des recrutements par année s'établit de la façon suivante :		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.6	Gestion des ressources humaines	Quels sont les différents types de contrats de travail (titulaire, CDI, CDD court ou long, intérim, autres) et leur nb respectif ? Combien de professionnels en intérim par catégorie professionnelle par rapport aux emplois liés à l'activité normale et permanente de	 L'établissement a principalement recours à des CDI et des CDD. D'après les données transmises, le nombre de professionnels présents le 26 janvier 2023 est de 80 CDI et [REDACTED] CDD. Les professionnels permanents de l'établissement sont recrutés en CDI, même s'ils peuvent en premier lieu faire l'objet d'un CDD qui sera ensuite requalifié en CDI. L'établissement a principalement recours aux CDD pour les remplacements, ponctuels ou plus longs. La procédure de recours aux intérim n'a pas été transmise ni le nombre de professionnels qui sont intervenus dans l'établissement au cours de l'année 2022.		Article L. 1242-2 du Code du travail Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail D. 312-155-0 II11 du CASF L311-3 Cour de Cassation, Chambre criminelle : arrêt du 8 juin 2021 (Pourvoi n° 20-83.574)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		l'établissement ? Y a-t-il recours en proportion importante aux CDD ou en intérim ?			à propos d'un EHPAD francilien d'un autre groupe
2.1.1.7	Gestion des ressources humaines	Quel est le contenu des dossiers administratifs des professionnels : - diplôme / inscription à l'Ordre, - suivi de la carrière, - bulletin du casier judiciaire (B3, B2 si EHPAD public), - l'original signé par l'employeur et le salarié de fiche de poste / fiche de tâches / fiche de mission/, feuille de route ... - évaluation annuelle et objectifs, - attestations de formation. - médecine du travail	Ce sont 44 dossiers qui ont été consultés sur place par la mission d'inspection. Ces dossiers sont constitués de manière identique et comprennent les rubriques suivantes : - Diplôme / CV ; - Administratif ; - Contrat ; - Dossier médical ; - Discipline ; - Formations ; - Evaluation ; - Divers. Les dossiers d'un agent à l'autre ne sont pas nécessairement complets et des éléments manquants ont été constatés, notamment les documents suivants : - Pièce d'identité ou titre de séjour ; - Extrait de casier judiciaire ; - Fiche de poste ; - Diplôme ; - Présence d'attestations de réussite valables 3 mois sans le diplôme, - Présence d'autorisation d'exercice sans le diplôme obtenu à l'étranger, - Présence du diplôme obtenu à l'étranger sans autorisation d'exercice, - Manque le diplôme d'origine du professionnel pour une formation ASG, - Manque le diplôme d'ASG, - Manque l'inscription ordinaire pour les IDE ; - Contrat non signé ; - Formations suivies ; - Entretien d'évaluation annuel.	E : la direction de l'EHPAD ne s'est pas assurée de la validité des diplômes et de l'inscription à l'ordre de l'ensemble des professionnels de l'EHPAD.	L133-6 CASF (casier judiciaire) Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail (CDD) L'évaluation n'est pas obligatoire à la diff de l'entretien prof annuel (art L6315-1, code du travail) L451-1 CASF (agrément formations sociales) D451-88 et -89 CASF et arrêté 29/01/2016 relatif à la formation au DEAES L.4391-1 CSP et arrêté du 10/06/2021 relatif à la formation au DEAS R. 4311-3 et -4 CSP (actes et soins infirmiers propres, accomplis avec la collaboration d'AS et d'AES)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.2.0	Gestion des ressources humaines	Principaux - Vérifier l'existence d'un plan d'accompagnement d'un accompagnement - S'assurer de l'existence d'un accompagnement - S'assurer de l'existence d'un accompagnement Principales catégories de risques possibles : Juridique – Managérial - Social	objectifs du formation et mobilité et l'effectivité et à d'un contrôle		
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un plan de formation des professionnels actualisé pour N et N+1 ? Formations externes + mini formations sur les thématiques et procédures de soins de l'EHPAD Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ? A des formations diplômantes ? Quels sont les thèmes des formations (bien-être, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...) Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ? Le médecin coordonnateur contribue-t-il à la mise en œuvre de la politique de formation ? Quelle est la place faite à la prévention de la maltraitance ? Les personnels sont-ils	Le plan de formation transmis est une liste de 48 formations envisagées par la direction dont la périodicité et la programmation n'est pas précisée. Ces 48 formations présentent les caractéristiques suivantes : - 5 sont prévues en interne, - 43 sont prévues en externe, - Tout type de personnel est concerné pour un nombre de places en formation estimé à 260, - La durée varie de 1 jour à 6 jours et se répartit de la façon suivante : Répartition des formations envisagées par durée ■ 1 jour ■ 2 jours ■ 3 jours ■ 6 jours Parmi les formations proposées à l'équipe soignante, il est possible de noter notamment en interne : - Les gestes d'urgence, - L'accompagnement en fin de vie, - La formation de référent bien-être, - La prévention du risque suicidaire en EHPAD, - La prévention de la maltraitance, En externe :		L313-12-3 CASF (direction assure formation des professionnels) HAS, "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance", 2008 L119-1 CASF (Définition maltraitance) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		sensibilisés aux troubles du comportement ou aux troubles sensoriels pour adapter leur attitude professionnelle ?	- Pilotage du risque suicidaire et maltraitance, - Accompagner les personnes atteintes de Parkinson, - Communication avec les personnes âgées, - Comprendre la psychologie des familles et les accompagner, - Etre soignant la nuit, - Formation de formateurs prévention de la maltraitance, - Hygiène bucco-dentaire, - Les textures modifiées, - Manager les équipes au quotidien, - Prévention et prise en charge de la perte d'autonomie des Personnes Agées, - Prise en charge de la douleur physique, - Prise en charge des situations d'urgence et DSA. Il est à noter que la direction présente également une formation à l'AFGSU 2 et au recyclage. La direction a également présenté un outil de recueil des besoins de formation au sein de l'établissement qui a permis d'établir le plan de développement des compétences.		
2.1.2.3	Gestion des ressources humaines	L'aide à la mobilité interne des agents est-elle prise en compte dans le plan de formation ? Quelle est la procédure d'information du personnel relative à la VAE ? Quelle est la procédure d'inscription à la VAE ? Combien d'ASH intégrées dans le protocole VAE d'AS-AMP-AES ? Les ASH en VAE ont-ils tous un tuteur ?	L'établissement ne propose qu'une seule formation diplômante aux salariés dans le cadre de la mobilité interne sur des métiers en tension, il s'agit de la formation d'aide-soignant pour 1 salarié. Celle-ci toutefois n'a pu aboutir pour la rentrée du début de l'année 2023. Le gestionnaire s'est doté d'un guide d'accompagnement à la VAE d'aide-soignant pour les IDEC. Ce guide est complété par des fiches d'évaluation qui permettent de suivre l'évolution et la montée en compétences du candidat, à la fois selon le référentiel de 2005 pour des candidats déjà engagés dans un parcours et selon le référentiel de 2021 pour les nouveaux candidats. Les documents fournis n'ont pas permis d'évaluer le nombre de professionnels concernés par cet accompagnement au sein de l'établissement ni si celui-ci est effectivement mis en place.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ? Les nouveaux arrivant sont-ils accompagnés d'un pair ? Existe-t-il des pratiques organisées de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole...) ?	La procédure d'accueil du nouveau salarié transmise par la direction est en fait un guide à destination des ressources humaines pour le recrutement et l'accueil administratif du nouveau salarié. Aucun livret d'accueil du nouveau salarié n'a été transmis. Le soutien aux salariés est formalisé dans le projet d'établissement par la disponibilité de la directrice. Il n'est pas fait mention de réunion spécifique type analyse de pratiques ou groupe de parole.	R : l'absence de mise en œuvre d'une procédure d'accueil d'un nouveau salarié ne favorise pas une prise de poste efficace et est susceptible d'affecter la qualité de la prise en charge des usagers	HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »)
2.1.3.0	Gestion des ressources humaines	Principaux objectifs du contrôle - S'assurer de l'échange autour des pratiques professionnelles et, si nécessaire, de réflexions éthiques - Sans se substituer à l'inspection du travail, apprécier les conditions de travail Principales catégories de risques possibles : Sécurité des agents - Social			L4121-3, L41-3-1 & R 4121-1 & R4121-2 du Code du Travail
2.1.3.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des temps d'échange organisés (hors temps de transmission) entre les professionnels sur leurs pratiques, avec possibilité d'actions de soutien des équipes ? - au sein de l'équipe ? - à l'occasion de réunions d'équipe ? - à l'occasion des entretiens individuels annuels ? Existe-t-il une démarche de questionnement éthique permettant des réflexions préalables à des décisions dans l'intérêt des personnes en tenant	Le projet d'établissement mentionne trois réunions : - Réunion du staff, - Réunion d'autonomie, - Réunion d'équipe. La première a été mentionnée à plusieurs reprises, elle réunit tous les mardis le personnel d'encadrement de l'établissement. La seconde et la troisième n'ont pas été mentionnées et il n'a pas été possible de vérifier leur effectivité, leur contenu et leur régularité. Les comptes rendus des entretiens individuels professionnels annuels ne sont pas dans les dossiers administratifs des salariés. Il a été indiqué qu'ils étaient dans un logiciel spécifique qui n'a pas été consulté par la mission.	R : des réunions d'équipe ne sont pas mises en place régulièrement et n'incluent pas l'ensemble des professionnels de l'EHPAD, ce qui ne permet pas d'accompagner les professionnels et de sécuriser la prise en charge au sein de l'établissement.	Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		compte des contraintes relatives à des situations ?			
2.1.4.0	Gestion des ressources humaines	Principaux - S'assurer que l'affectation des personnels (Plannings, remplacements...) permet le bon fonctionnement de la structure à tout moment, y compris la nuit, le week-end et les jours fériés Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes	objectifs du contrôle		
2.1.4.1	Gestion des ressources humaines	Les plannings sont-ils faits en avance ? Les informations concernant les différentes catégories de professionnels et les étages / unités d'affectation sont-elles claires ? La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels (pénibilité) ? Quelles sont les modalités de gestion des plannings des équipes soignantes / des équipes hôtelières ?	Le planning du mois de janvier a été fourni par la direction. L'organisation par équipe est apparente dans le planning, ainsi que les horaires de chaque professionnel et les étages pour lesquels il intervient. Le planning est construit par catégorie de professionnel (IDE, AS...) ce qui ne facilite pas une lecture d'ensemble.		
2.1.4.5	Gestion des ressources humaines	Comment est organisée la planification des professionnels : - horaires du personnel, - répartition sur la journée, - répartition sur la semaine, - temps de travail sur une période, - repos entre 2 postes ? Quels sont les effectifs	Le planning a permis de mettre en évidence les points suivants pour l'équipe qui intervient directement auprès des résidents en continue : - Le travail pour l'équipe soignante est organisé en équipe et contre équipe avec une alternance de deux à trois jours, ce qui conduit une équipe à être présente un week-end sur deux ; - Les absences programmées sont remplacées par anticipation pour les jours concernés ; - Les IDE sont 3 par jour et couvrent une amplitude horaire de 7h15 à 20h ;		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		présents le jour du contrôle ? Sont-ils conformes aux plannings établis ?	Les présences de l'équipe soignante sont synthétisées dans le tableau ci-dessous :		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
			Planning type <table><tr><th>Fonction</th><th>Etage</th><th>7h30</th><th>8h</th><th>8h30</th><th>9h</th><th>9h30</th><th>10h</th><th>10h30</th><th>11h</th><th>11h30</th><th>12h</th><th>12h30</th><th>13h</th><th>13h30</th><th>14h</th><th>14h30</th><th>15h</th><th>15h30</th><th>16h</th><th>16h30</th><th>17h</th><th>17h30</th></tr><tr><td>IDE 1*</td><td>1 & 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>IDE 2</td><td>3 & 4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>IDE 3</td><td>5, 6 & 7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AS 1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AS 2**</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AS 3</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AS 4**</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AS 5</td><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AS 6**</td><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AS 7</td><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AS 8**</td><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AS 9</td><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AS 10**</td><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AS 11</td><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AS 12**</td><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AS Vol**</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ASH1</td><td>1 & Ext.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ASH2</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ASH3</td><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ASH4</td><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ASH5</td><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ASH6</td><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> * Horaire effectif 7h15-18h45 (IDE 3 en équipe 2). Les temps de pause des AS ne sont pas précisés dans le planning Les pauses des AS n'apparaissent pas sur le planning ce qui ne permet pas de vérifier la présence en continu d'un professionnel. Le jour de l'inspection, 53 salariés sont présents au sein de l'établissement d'après le tableau Excel fourni. Sur les salariés présents, 45 sont en CDI, 7 sont en CDD et 1 est en apprentissage (APAS). Le planning extrait du logiciel fait apparaître 43 salariés présents. Les 53 salariés se répartissent de la façon suivante selon leur profession : - 1 agent de maintenance, - 1 maître d'hôtel, - 1 agent de service hôtelier, - 10 personnel de cuisine, - 3 serveuses, - 1 lingère, - 1 assistante de direction, - 3 secrétaires,	Fonction	Etage	7h30	8h	8h30	9h	9h30	10h	10h30	11h	11h30	12h	12h30	13h	13h30	14h	14h30	15h	15h30	16h	16h30	17h	17h30	IDE 1*	1 & 2																						IDE 2	3 & 4																						IDE 3	5, 6 & 7																						AS 1	1																						AS 2**	1																						AS 3	2																						AS 4**	2																						AS 5	3																						AS 6**	3																						AS 7	4																						AS 8**	4																						AS 9	5																						AS 10**	5																						AS 11	6																						AS 12**	7																						AS Vol**																							ASH1	1 & Ext.																						ASH2	2																						ASH3	3																						ASH4	4																						ASH5	5																						ASH6	7																					
Fonction	Etage	7h30	8h	8h30	9h	9h30	10h	10h30	11h	11h30	12h	12h30	13h	13h30	14h	14h30	15h	15h30	16h	16h30	17h	17h30																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
IDE 1*	1 & 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
IDE 2	3 & 4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
IDE 3	5, 6 & 7																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
AS 1	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
AS 2**	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
AS 3	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
AS 4**	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
AS 5	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
AS 6**	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
AS 7	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
AS 8**	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
AS 9	5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
AS 10**	5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
AS 11	6																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
AS 12**	7																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
AS Vol**																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ASH1	1 & Ext.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
ASH2	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
ASH3	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
ASH4	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
ASH5	5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
ASH6	7																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			- 1 Ergothérapeute, - 1 Psychomotricienne, - 1 IDEC, - 1 IDE Référente, - 3 IDE, - 2 ASG, - 10 AS, - 4 AES/AMP, - 9 AVS. La mission relève que la Directrice était également présente alors qu'elle n'apparaît pas dans le fichier transmis. D'après le fichier Excel fourni, l'équipe soignante présente le jour de l'inspection est conforme aux prévisions du planning.		
2.1.4.10	Gestion des ressources humaines	Quelles sont leurs qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end ?	 Les plannings ne permettent pas de constater la présence d'une IDE la nuit.		
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Les personnels disposent-ils de fiches de poste adaptées : - Description des fonctions, - conduites à tenir, - marge d'initiative et limites en cas d'évènement inattendu, - possibilité de recours	L'établissement dispose de fiches métiers élaborées par le gestionnaire qui décrivent les activités des professionnels qui interviennent dans la prise en charge des résidents. La fiche métier de l'IDE décrit ses missions en 45 activités réparties selon les points suivants : - Organisation des soins et des activités (5 activités), - Prise en charge du résident (16 activités),	R : les fiches sont heureuses sont indifférenciées selon le diplôme détenu par le professionnel	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		auprès des cadres de permanence ou d'astreinte... ?	- Contrôle et gestion des matériels et des produits – lutte contre les infections nosocomiales (3 activités), - Traçabilité, gestion et contrôle du circuit des médicaments (9 activités), - Communication interne et traçabilité (3 activités), - Développement des compétences et démarche qualité (8 activités), - Délégation ponctuelle de la direction (1 activité). La fiche métier de l'AS décrit ses missions en 34 activités réparties selon les points suivants : - Accueil, information et accompagnement des résidents et de leur entourage, dans la limite de leurs compétences (8 activités), - Projet de vie, soins d'hygiène et de bien-être et observation de l'état de santé (8 activités), - Aide l'IDE à la réalisation des soins et applique les actes par délégation de l'IDE (6 activités), - Entretien du matériel et de l'environnement du résident (5 activités), - Recueil et transmission des observations par oral et par écrit, pour maintenir la continuité des soins (3 activités), - Développement des compétences et démarche qualité (4 activités). Les références réglementaires indiquent que la fiche a été construite sur le référentiel 2005 de l'AS. La direction ne présente pas de fiche métier AS actualisé à partir du référentiel de compétences de 2021. La fiche métier de l'accompagnant éducatif et social (AES) décrit ses missions en 31 activités réparties selon les points suivants : - Accueil, information et accompagnement des résidents et de leur entourage, dans la limite de leurs compétences (7 activités), - Projet de vie, soins d'hygiène et de bien-être et d'observation de l'état de santé (8 activités), - Aide l'IDE par délégation à la réalisation des soins (1 activité), - Activités psychosociales (3 activités), - Entretien du matériel et de l'environnement du résident (5 activités), - Recueil et transmission des observations par oral et par écrit, pour maintenir la continuité des soins (3 activités), - Développement des compétences et démarche qualité (4 activités). La fiche métier de l'AMP est identique à celle de l'AES.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			La fiche métier de l'auxiliaire de vie décrit ses missions en 34 activités réparties de la façon suivante : - Nursing (10 activités), - Aide au repas (7 activités), - Nettoyage, entretien et rangement des matériels et des locaux (6 activités), - Traitement du linge (4 activités), - Vie sociale (3 activités), - Communication interne et démarche qualité (4 activités). L'établissement s'est doté de 8 fiches heureées pour les AS/AES/AMPI/AV de jour et 1 fiche de nuit qui déroulent les activités à réaliser dans la journée selon une progression horaire. Elles sont signées par le salarié. Celles-ci se distinguent par le code planning et le décalage horaire dans la prise de fonction, mais elles sont identiques pour toutes les professions. Ceci est contradictoire avec les fiches métiers présentées par l'établissement. Seul un code planning apparaît sur le planning issu du logiciel, les autres codes n'apparaissent pas et il n'a pas été possible de les identifier. Les missions sur ces fiches ne sont pas différenciées selon le diplôme dévolu par le professionnel. Un AS est par exemple affecté à des activités de lingerie (fiche M3 indiquée AV/AS/AMP).		
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des glissements de tâches entre les catégories de personnels ?	La fiche métier AES/AMP mentionne des missions pour lesquels ces professionnels ne sont pas formés et qui relèvent a minima du rôle de l'aide-soignant. Il s'agit des activités suivantes : - Etablir le recueil de données du résident, - Mesurer le degré d'autonomie ou de dépendance du résident, - Dispenser des soins liés à l'hygiène corporelle et au bien-être du résident : toilette, bain, douche, capiluve, pédiluve, friction... Assure la prévention des escarres. Effectuer les soins de bouche. Entretenir et installer les prothèses dentaires et auditives, et le matériel d'aide à l'autonomie. Entretenir les téguements et les muqueuses, transmettre les apparitions de manifestations pathologiques à l'infirmière (escarres, éruption, prurit, plaies...).	E : Les conditions de collaboration et réglementées et limitées aux professionnels cités dans le code de la santé publique sur les Aides-soignants, les Auxiliaires Médico-Psychologiques selon les limites respectives de la	L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES) R4311-1 CSP (missions IDE) D312-155, 2° CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			- Dispenser des soins liés à l'élimination dans le respect de la dignité du résident. Assurer les changes et les toilettes périnéales. Observer et assurer la traçabilité des selles et les urines et signaler toute anomalie. Inciter à aller aux toilettes régulièrement ou proposer le bassin (programme mictionnel). Participer aux soins visant à éviter une situation de constipation. - Mesurer les constantes (température, pouls...). Ces activités contenues dans les fiches métier constituent un glissement de tâches entre les AES-AMP et les AS	qualification reconnue à chacun du fait de sa formation ne sont pas respectées (article R4311-4 code santé publique).	L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)

2.4 Bâtiments, espace extérieurs et équipement

N°IGA S	Sous- thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Consta t E/R	Références juridiques et RBPP
2.4.1.3	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Quel est l'état général du ou des bâtiments ? Le patrimoine est-il entretenu ? Taux de vétusté des locaux et des équipements ?	L'établissement se compose d'un rez-de-jardin, d'un rez-de-chaussée bas, d'un rez-de-chaussée haut et de 7 étages, auxquels s'ajoutent deux sous-sols (dont 1 avec rez-de-jardin) et un étage technique (8ème). Les locaux sont bien entretenus, particulièrement les parties communes. Dans les chambres, des traces d'usures sont présentes, notamment sur les murs, les sols et les meubles, tout en restant d'un bon état général. La mission d'inspection a notamment repéré : - Des câbles électriques apparents sur prise dans une chambre, - Des problèmes de plomberie : cache d'évacuation non présent, évier bouché..., - Trappe d'accès non obstruée, - Faux plafond non fermé, - Certains locaux de soins sont un peu sales, voire encombrés, - Les locaux de ménage avec vidoir sécurisé sont tous encombrés et quasiment inaccessibles sans en sortir le matériel entreposé. Il est à noter que certaines chambres (par exemple [REDACTED]) étaient fermées et en travaux de rénovation.		L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constant E/R	Références juridiques et RBPP
2.4.1.8	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il un local ou une pièce équipée d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou une pièce rafraîchie en état de marche ? OU l'EHPAD est-il climatisé ?	Les trois espaces de restauration, au rez-de-chaussée haut, au 1 ^{er} étage et au 5 ^{ème} étage sont climatisés.		D312-161 CASF (pièce rafraîchissante)
2.4.2.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Les personnes à mobilité réduite (PMR) peuvent-elles se déplacer à l'intérieur de l'institution : - circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ? - Circulations verticales : ascenseurs... ?	Les déplacements horizontaux sont facilités au sein de l'établissement par la présence de mains courantes dans les passages de circulation. Les déplacements verticaux sont facilités par la présence de 5 ascenseurs. La mission a pu constater : - 1 ascenseur dessert le rez-de-chaussée bas, le rez-de-chaussée haut et le 1 ^{er} étage, - 1 ascenseur dessert le rez-de-jardin jusqu'au 5 ^{ème} étage, - 1 grand ascenseur dessert le rez-de-jardin jusqu'au 7 ^{ème} étage, - 1 ascenseur dessert le rez-de-jardin jusqu'au 7 ^{ème} étage (en panne), - 1 ascenseur dessert le rez-de-jardin jusqu'au 8 ^{ème} étage.		L. 311-3 1° CASF (Sécurité du résident)
2.4.3.7	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	L'établissement dispose-t-il de matériels et d'équipement facilitant le déplacement des personnes pour les actes essentiels de la vie ? (Fauteuils roulant, rail, déambulateurs, ...)	Le PASA est installé au rez-de-jardin. Le 1 ^{er} étage et le 5 ^{ème} étage sont des UVP. L'établissement dispose de matériels pour faciliter le déplacement des résidents : fauteuils roulants, déambulateurs et lève-malade qui encombrant les couloirs, notamment devant les issues de secours.		Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".

N°IGA S	Sous- thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Consta t E/R	Références juridiques et RBPP
2.4.3.6	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et petits travaux quotidiens ?	L'établissement emploie un agent de maintenance qui dispose d'un local au 8 ^{ème} étage. Celui-ci intervient pour les menues réparations et l'entretien courant de l'établissement. Les demandes de petits travaux sont inscrites dans un cahier situé au secrétariat et que l'agent d'entretien consulte chaque jour.		
2.4.4.0	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Principaux - S'assurer de la qualité des prestations qu'elles soient Principales catégories de risques possibles : Financier	objectifs du entretien, maintenance, nettoyage, restauration, blanchisserie, jardinage, gardiennage, transports...) faites en interne ou contrôle		externalisées
2.4.4.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Le circuit du linge est-il conforme aux RBPP ? L'établissement prend-il en charge le linge personnel des résidents ? Si oui, l'organisation mise en place donne-t-elle lieu à un recueil de l'attente et de la satisfaction des résidents et de leurs familles (ramassage, délai du rendu...) ?	Le chariot de linge propre-sale est dans le couloir ou dans le local de soin. L'établissement dispose d'une lingerie au rez-de-jardin qui possède deux entrées séparées pour le dépôt du linge sale et le retrait du linge propre. Une machine à laver, un sèche-linge et une table à repasser permettent un entretien du linge courant par l'établissement. L'établissement a également passé une convention avec un prestataire pour l'entretien du linge des résidents.		Art. D312-159-2 et annexe 2-3-1, IV du CASF (Socle de prestations minimales délivrées par les EHPAD, prestation de blanchissage)

2.5Sécurités

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.5.2.7	Sécurités	Existe-t-il un contrat pour la collecte et l'élimination des DASRI ? Quelle est la périodicité d'enlèvement des DASRI ?	Comme indiqué en introduction, les points relevant de la santé environnementale sont traités dans un courrier distinct.		R1335-3 CSP (Convention pour élimination des DASRI)
2.5.2.11	Sécurités	Quelles sont les modalités de surveillance des résidents ? Combien de vaccins antigrippaux sont dispensés ? Quelle est la proportion de résidents vaccinés contre la grippe saisonnière ?	Un suivi individualisé de la vaccination contre la COVID 19 a été réalisé et transmis à la mission d'inspection Sur la vaccination antigrippale, un tableau non daté a été transmis à la mission mentionnant le chiffre de 89, 25% des résidents vaccinés et 12,2% de salariés vaccinés		
2.5.3.3	Sécurités	Existe-t-il des systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation : barres d'appui systématiques et/ou sièges fixes régulièrement disposés, barres d'appui à certains emplacements uniquement ou quelques sièges seulement, aucun aménagement ?	Un tableau de suivi des chutes a été communiqué à la mission d'inspection faisant état sur 2022 de chutes pour 44 résidents pour lesquels sont inscrits la date et le nombre de chutes qui vont de 1 à 9		L311-3 1° CASF (sécurité du résident) Art. D312-155-0, 1, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
2.5.3.4	Sécurités	La structure est-elle équipée d'un système anti-fugues ? Quelles en sont les caractéristiques (digicode, portillons de détection, vidéosurveillance...) ?	L'entrée de la résidence est au rez-de-chaussée avec un accueil et un accès, via les escaliers et un ascenseur, aux parties communes du 1 ^{er} étage (salle de restauration). L'accès à l'entrée est ouvert dans la journée. Un code est nécessaire pour l'ouverture des portes en soirée et la nuit. Ce système nécessite la présence en permanence d'une personne à l'accueil.		L311-3 1° CASF (sécurité du résident)

2.5.4.3	Sécurités	Existe-t-il des systèmes d'appel malade pour les résidents : dans les chambres, dans les cabinets de toilette, dans les lieux communs ? portés par les résidents eux-mêmes ? L'utilisation des appels-malade est-elle caractérisée par un signal sonore, visuel ? Existe-t-il une organisation permettant de s'assurer que le système de réponse aux appels des résidents (sonnettes...) garantit une réponse rapide ?	Il existe un système d'appel malade qui permet aux résidents depuis leur chambre d'alerter l'équipe de l'EHPAD via un affichage lumineux dans le couloir. L'extraction du journal appels malades de J-1 et de la nuit écoulée ne permet pas un traitement des données. L'extraction fait état de 5000 signaux sur les deux nuits précédents l'inspection. Après étude des données, ces signaux ne concernent que 7 chambres et plusieurs signaux ont lieu depuis la même chambre au cours de la même minute. Le tableau transmis ne permet pas de connaître le délai de réponse aux appels.	R : les données transmises sur le système d'appel malade ne sont pas exploitables dans le cadre d'une démarche qualité.	L313-4 CASF (docs sur droits du résident) L311-3 CASF 1° (sécurité du résident) Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".
---------	------------------	---	---	--	--

3 .Prises en charge

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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.1.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Principaux - S'assurer de la mise en œuvre du contrôle : Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes - Maltraitance			
3.1.1.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelle est l'origine de la demande d'admission ? (famille, hôpital, ...) Utilisation du dossier unique d'admission (CERFA 14732*03) ? Utilisation de VIA-TRAJECTOIRE ? Existe-t-il une procédure décrivant les étapes du processus d'admission, notamment pour les primo arrivants ? Existe-il des critères et une procédure de communication de refus d'admission ?	Les demandes sont majoritairement orientées par des organismes de placement, les hôpitaux ou clinique, parfois il s'agit d'une demande spontanée par la personne elle-même. Une visite de pré admission est réalisée en présence de la direction avec remise de la brochure de l'établissement contenant le dossier Cerfa, les pièces à fournir, une fiche sur les éléments de vie du résident, la désignation d'une personne de confiance. S'agissant du dossier médical, il est transmis sur Viatrajectoire ou remis en version papier et transmis au médecin coordonnateur avec une copie à l'IDEC. En l'absence du médecin coordonnateur, le médecin régional est sollicité pour donner son avis sur les dossiers de demande d'admission. Lorsque la prise en charge d'un résident ne pourra s'effectuer dans les conditions correctes au regard de la charge en soins et des soins techniques compliqués en l'absence de cadre pouvant coordonner le parcours, alors il peut y avoir un refus d'admission (le refus peut être en lien avec des critères ne permettant pas une prise en charge dans l'établissement : soins techniques, troubles du comportement majeurs / jeunes psychiatriques ...) La direction s'appuie sur un protocole pour préparer les admissions.		(obligation cerfa DU) R. 311-33 à -37 CASF de (Règlement Fonctionnement) D312-155-1 CASF Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1", 2011

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.1.2	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Au moment de l'admission, le médecin de la structure est-il sollicité pour donner son avis sur la compatibilité entre l'état de santé, de handicap ou de dépendance et les capacités de prise en charge et de soins de l'établissement ? Il y a-t-il une évaluation Norton, Braden, Chutes, escarres, déglutition, douleur L'avis fait-il l'objet d'une traçabilité ?	En l'absence du médecin coordonnateur, le médecin régional est sollicité pour donner son avis sur tous les dossiers de demande d'admission. Les résidents rencontrent l'équipe de soins le jour de leur arrivée. Au moment de l'admission le résident est accueilli par l'IDEC qui recueille les informations de la grille AGGIR et réalise une évaluation du risque escarre. Ces informations ne sont pas systématiquement tracées dans le dossier du résident.		D312-158 2° CASF (missions du MedCo) D312-155-3 2° (donne un avis sur admission) CASF (11 missions MedCo sous la responsabilité du responsable de l'EHPAD)
3.1.3.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Principaux - S'assurer de la qualité de l'existence - Vérifier l'existence d'accompagnement tout au long du séjour - Vérifier que les modalités d'accompagnement proposé prennent en compte la famille et l'entourage et qu'un référent a été identifié au sein de la structure Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Maltraitance	objectifs du projet d'accueil prestations offertes par la structure et le projet d'accueil respectent le projet d'accueil et d'accompagnement		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.3.3	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Y a-t-il un référent « PAI » par résident ? Qui contribue à l'élaboration, à la rédaction, à la validation des projets d'accueil de vie, d'accompagnement, à leur suivi et évaluation ainsi que de leurs évolutions et mises à jour ? Avec quelle périodicité, quels motifs (évolution du comportement) ? Les personnes accueillies participent-elles à l'élaboration et à la mise en pratique de leur projet d'accueil et d'accompagnement de leur contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge ?	Les informations portant sur le suivi des projets de vie issues de la liste des résidents et du planning prévisionnel des projets personnalisés transmis par l'établissement ne sont pas concordantes ce qui ne permet pas d'avoir une vision d'ensemble du suivi des projets des résidents ni de leur mise à jour. Il n'y a pas de référent par résident. Pour la réalisation des projets de vie individualisés la psychologue indique qu'elle portait le dispositif et qu'une nouvelle organisation se met en place dans une démarche pluridisciplinaire. Depuis la fin de l'année un contrat professionnel prend les RDV avec les familles pour permettre d'absorber le retard. La psychologue indique se rapprocher du résident après leur admission pour échanger avec eux sur leur projet et en valider l'acceptation.	R : La mission constatée dans les tableaux de suivi que les projets personnalisés ne sont pas à jour	L311-3 2°CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3 3° CASF (PAI et consentement du résident) L311-3 7° CASF (participation directe du résident au PAI) R4312-14 (IDE recherche consentement patient) D312.155.0 3° (PAI et projet de vie en EHPAD) HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - Décembre 2008 HAS, "Le projet personnalité, une dynamique du parcours d'accompagnement", 2018 et "Qualité de vie en EHPAD, volets 1 et 2", 2011 et 2012
3.1.4.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer que les professionnels, qu'ils soient à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure, travaillent en coordination et échangent les informations pertinentes pour la personne accueillie Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes ; Maltraitance			

3.1.4.4	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Existence et fréquence de réunions de synthèse, des temps de transmissions, d'étude de cas, composition de ces réunions sur prévention, thérapeutiques, rééducation ?	D'après les entretiens avec les membres du personnel, il existait des réunions pluri disciplinaires 1 fois par semaine réalisées les lundis sur le secteur de l'UVP et les jeudis pour les autres étages. Etaient présents à ces réunions, la psychologue, l'ergothérapeute, le médecin coordonnateur, l'IDEC, IDE par étage une AS et les masseurs-kinésithérapeutes. Les réunions duraient 1h et abordaient le suivi des problématiques des résidents. Il existait pour ces réunions une trame de compte rendu. Ces réunions sont interrompues suite au départ du médecin coordonnateur. Une réunion a eu lieu avec le médecin régional le 18/01/23. Le médecin régional prévoit de remettre en place cette réunion pluri disciplinaire lors de sa présence dans l'établissement (une demi-journée par semaine)	D312-158, 3° (MedCo préside la commission réunie au moins 1x/an) du CASF Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles HAS, "La Commission de coordination gériatrique", 2018
---------	---	--	--	--

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.4.5	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités d'intervention des médecins traitants ? Combien ? Fréquence ? Joignables ? Ont-ils signé un contrat avec l'EHPAD ?	18 médecins traitants (MT) interviennent sur l'établissement dont 3 qui prennent en charge respectivement 16, 17 et 29 résidents. 10 MT ne prennent en charge qu'un seul résident. Les coordonnées téléphoniques des médecins traitants sont accessibles dans les dossiers informatisés et affichées dans l'infirmierie. La liste transmise par l'établissement précise que 90 sur 98 résidents bénéficient d'un suivi par médecin traitant. Tous les médecins ne se déplacent pas sur la résidence, la demande de renouvellement des traitements est parfois réalisée auprès des médecins traitants présents. s médecins traitants ont bien signé un contrat. Proposition de remplacer par : « seuls 2 médecins traitants sur les 18 intervenant au sein de l'établissement disposent d'un contrat de médecin traitant signé »	E : Plusieurs résidents ne disposent pas d'un médecin traitant, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 3° du CASF E : Certains médecins traitant intervenant dans l'EHPAD n'ont pas signé de contrat type prévu à l'article L314-12 du CASF.	D313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux) L314-12 du CASF (rôle méd libéraux dans EHPAD) D312-158 2° CASF (missions du MedCo)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.4.6	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelle est la régularité et la complétude des dossiers médicaux, à partir d'un échantillon de dossiers ?	Les dossiers des résidents sont accessibles sur le logiciel [REDACTED] et contiennent plusieurs groupes d'items : - les examens biologiques comprenant les résultats partiels et définitifs - les consultations se résumant à des transmissions très succinctes du médecin traitant ou du médecin coordonnateur - la version pour les hospitalisations du DLU avec des rubriques pas toujours renseignées, des redondances et parfois des informations pas toujours identiques dans les rubriques. - les évaluations pas systématiquement complétées - les relevés de courbe dans lesquelles on retrouve le suivi des constantes, de l'hydratation, des selles, urines, des Échelles Verbales Simples... - les spécialistes avec les transmissions des autres paramédicaux. Les transmissions dans certains cas 1 fois maximum par mois des masseurs-kinésithérapeutes et dans un dossier on ne retrouve pour les Masseurs-kinésithérapeutes que l'évaluation initiale - Les transmissions de l'IDEC des IDE et des AS. La mission a constaté des défauts de remplissage, par exemple la traçabilité de la réalisation des pansements n'est pas toujours réalisée et l'exactitude des informations contenues dans le document par ex localisation d'une escarre notée à droite au lieu de gauche, des erreurs de transmission (transmission ne concernant pas le résident). L'absence de traçabilité des interventions de l'HAD.	Remarque : les dossiers médicaux ne sont pas complets notamment au niveau des transmissions.	L311-3 5° CASF (résident a accès à toutes infos ou docs le concernant) R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données clinique) R4321-91 CSP (code déontologie, traçabilité des séances) R4311-2 CSP (mission IDE de recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.4.7	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Les temps de transmissions inter équipes sont-ils planifiés ? - Qui en assure le pilotage ? - Existe-t-il une procédure ? - Quel est le mode de transmission écrite (logiciel, registre, cahier, ...) Y a-t-il des temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?	Les transmissions organisées par l'IDEC ont lieu tous les jours à 14h50 en présence des IDE, une AS par étage plus les personnels paramédicaux disponibles. Il a été rapporté que l'organisation horaire permettait des croisements d'équipe de jour et de nuit pour réaliser des transmissions. Les personnels doivent également à leur arrivée prendre connaissance de transmissions écrites réalisées dans le logiciel [REDACTED]		L. 311-3 4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident) R4311-1 CSP (mission IDE de recueil données clinique) R4311-2 CSP (mission IDE de recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions)

3.2 Respect des droits des personnes

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.1.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs - S'assurer du respect des liens avec la famille et les proches de la personne - Principales catégories de risques possibles : Juridique	contrôle		prise en charge
3.2.1.1	Respect des droits des personnes	Quels sont les moyens facilitant l'association de la famille, des proches, des aidants, des personnes de confiance, des bénévoles à l'accompagnement de la personne accueillie : Disponibilités de locaux d'accueil ?	Les locaux permettent aux proches de se réunir en dehors des chambres (petits salons dans les étages). De même, il existe des CVS et des commissions animations et restauration qui permettent l'expression des résidents et des familles.		
3.2.2.0	Respect des droits des personnes	Principaux objectifs - S'assurer du droit de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité - Vérifier le respect de la possibilité de recours à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits - Principales catégories de risques possibles : Maltraitance	du contrôle		prises en charge
3.2.2.1	Respect des droits des personnes	Les droits sont-ils portés à la connaissance par la diffusion de « la charte des Droits et Libertés de la personne accueillie » avec le livret d'accueil et le respect de ses principes ?	La charte des droits et libertés de la personne accueillie est bien annexée en PJ 2 au livret d'accueil.		L311-4 CASF (Docs sur droits résident - livret d'accueil et annexes - contrat de séjour) Arrêté du 8 septembre 2003 (charte droits et libertés de la personne accueillie)
3.2.2.2	Respect des droits des personnes	Quelles sont les possibilités au niveau départemental de recourir à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits ? Une liste départementale peut-elle ainsi être proposée pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer le choix ?	L'arrêté portant nomination des personnes qualifiées [REDACTED] est présent dans le lutin à l'accueil de la résidence et leur saisine est expliquée dans le livret d'accueil et son annexe 1 (règlement de fonctionnement)		L311-3, 6° CASF (info de l'usager sur ses droits et protections, voies de recours à sa disposition) L311-4 CASF (Livret d'accueil et contrat de séjour) L311-4-1 CASF (annexe au contrat de séjour relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir) L311-5 (appel à une personne

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
					qualifiée) L311-5-1 et D311-0-4 CASF (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative au livret d'accueil
3.2.2.5	Respect des droits des personnes	A-t-il été mis en place un dispositif pour faire connaître la possibilité de désigner une personne de confiance (art. L. 1111-6 du CSP), facilement accessible d'une personne accueillie ? Les personnes de confiance sont-elles identifiées dès l'admission ? Existe-t-il un dispositif d'accompagnement et un interlocuteur formé ?	L'annexe 3 du livret d'accueil est une « notice d'information » relative à la désignation de la personne de confiance. Elle détaille le rôle et les modalités de désignation de la personne de confiance. Dans l'échantillonnage des dossiers des résidents examinés par la mission d'inspection, seul un dossier indiquait une personne de confiance.		L311-4, 6°alinéa CASF (transmission des coordonnées pers de confiance par la structure précédente) L1111-6 CSP L311-5-1 et D311-0-4 CASF (information et désignation personne de confiance)
3.2.2.6	Respect des droits des personnes	A-t-il été mis en place un dispositif pour rédiger les directives anticipées, facilement accessible d'une personne accueillie ? Existe-t-il un dispositif d'accompagnement et un interlocuteur formé ?	Les informations relatives aux directives anticipées sont absentes de l'échantillonnage des dossiers des résidents que la mission a consulté lors de l'inspection. La psychologue indique se charger d'aborder le sujet des directives anticipées auprès des familles lors de la présentation du projet personnalisé du résident.	R : Les informations relatives aux directives anticipées sont absentes de l'échantillonnage des dossiers des résidents que la mission a consulté lors de l'inspection.	L1111-4 alinéa 3 et L1111-11 CSP (directives anticipées) HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 4", 2012

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.3.0	Respect des droits des personnes	Principaux - S'assurer de la liberté des objectifs du contrôle - Vérifier le respect des règles applicables à la venue des personnes à la contention Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Sécurité des personnes ; Maltraitance		personnes en contention	R311-0-5 à 9 CASF (mesure individuelle relative à la liberté d'aller et venir du résident en EHPAD) R311-37-1 CASF (évaluation de la proportionnalité entre la liberté d'aller et venir et les risques encourus) L311-3 1° CASF (Liberté d'aller et venir du résident) R311-0-7 CASF (évaluation pluridisciplinaire et élaboration de l'annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir) R331-0-8 CASF (MedCo et directeur prennent des mesures de protection face à comportement dangereux de résident) R331-0-9 CASF (réévaluation de l'annexe sur la liberté d'aller et venir)
3.2.3.1	Respect des droits des personnes	Les contentions sont-elles comptabilisées et analysées dans le RAMA ? En cas de pratique de contention, son caractère est-il : - individualisé, motivé, - issu d'une discussion pluridisciplinaire, - sur prescription médicale, - régulièrement réévalué selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles existantes ?	Le pourcentage de résidents sous contention est indiqué dans le RAMA 2021 et analysé. La procédure de contention mise à jour en juin 2022 est détaillée et décrit les différentes étapes (concertation pluridisciplinaire, prescription, alternatives, réévaluations, surveillance, traçabilité...)		Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée HAS octobre 2000 Art. 3 Charte des droits et libertés des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance : « Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société »
3.2.3.2	Respect des droits des personnes	Quels sont les différents moyens mis en place pour renforcer l'identification des usagers ? photos, étiquette, bracelet, ...	Les résidents sont identifiés par leur nom sur la porte de leur chambre		

3.3 Vie sociale et relationnelle

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.3.2.1	Vie sociale et relationnelle	Existe-t-il un ou plusieurs référent(s) chargés de coordonner les animations sur la base d'un projet d'animation formalisé varié (activités artistiques, culturelles, sportives...) et pouvant se dérouler au sein de la structure comme des activités telles que cuisine, jardinage, ateliers de créativité, ateliers divers, groupe de parole, fêtes, anniversaires... suivi de l'actualité avec les journaux Y a-t-il un programme d'animation spécifique aux unités Alzheimer(UVP)	La résidence bénéficie d'un animateur à temps plein, absent le jour de l'inspection. Le programme d'animation est affiché dans les parties communes de l'EHPAD. Beaucoup d'activités faisant appel à des intervenants extérieurs y sont inscrits (conférences, concerts, sorties à l'extérieur...) néanmoins la commission d'animation demande à renouveler les activités proposées. La mission souligne effectivement un manque de diversité dans la programmation (pas d'activité intergénérationnelle, pas de médiation animale, pas d'ateliers créatif...) et note qu'il n'y a pas de programme spécifique à l'Unité Alzheimer. La mission d'inspection n'a eu accès qu'à un seul compte-rendu de commissions d'animation en date du 15 septembre 2023, ne permettant pas d'apprécier le fonctionnement de ces commissions ni la prise en compte des demandes qui sont formulées A date de l'inspection, jeudi 26 janvier 2023, l'animateur n'était pas présent dans les locaux or une activité « gym douce » était prévue avec lui à 11h. Cette activité est inscrite quasi quotidiennement à 11h avec la même personne sur les 3 mois communiqués.	R : La mission d'inspection constate une prestation animation répétitive, peu diversifiée, qui ne correspond pas aux attentes telles qu'elles sont indiquées par le CASF	L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité consentement) D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 V CASF (prestations minimales hébergement-prestation animation)

			Le PASA est animé par une ASG (un second poste est vacant). Le planning des activités du PASA pour la semaine du 23 janvier présente des ateliers de chanson française, atelier manuel, mimes, pâtisserie, art floral, atelier cognitif, peinture, quizz. Les 7 résidents présents au PASA le jour de la visite sont répartis en 2 groupes animés chacun par l'ASG et la psychomotricienne ou l'art thérapeute. Le 6 mars 2023, la direction indique avoir recruté une seconde ASG pour le PASA.		
3.3.2.2	Vie sociale et relationnelle	Existe-t-il dans le Projet d'établissement un volet à part entière relatif à l'animation, validé par le Conseil de la vie sociale et promu au sein de l'ESSMS avec une continuité pendant les congés... ?	Le projet d'établissement n'a pas été réalisé. Cf point précédent. Un point sur la programmation des animations durant les vacances est réalisé avec le CVS (PV du 14/09/2022)		

3.4 Vie quotidienne. Hébergement :

N°IGAS	Sous thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.1.0	Vie quotidienne Hébergement	Principaux objectifs - S'assurer que les personnes accueillies disposent d'un espace - Principales catégories de risques possibles : Maltraitance	contrôle	individuel	D312-159-2 (prestations d'hébergement) CASF minimales
3.4.1.1	Vie quotidienne Hébergement	Quel est l'équipement de la chambre, premier espace personnel, contribuant au bien-être dans le nouveau domicile... ? - en sanitaire, - mobilier adapté aux capacités de mobilité des personnes accueillies, - mobilier de rangement des affaires personnelles, voire mobilier personnel, décoration personnalisée, - possibilité d'accueillir de la famille	Les murs des chambres sont parfois agrémentés de décoration personnelle. [REDACTED] [REDACTED] Une chambre non occupée a été visitée le jour de l'inspection. La chambre était fermée à clé. A l'intérieur le mobilier était abîmé voire cassé, les câbles du téléphone étaient apparents et la température de l'eau chaude non limitée Une autre chambre était indiquée « en travaux ».		L311-7-1 (état des lieux de la chambre à l'entrée et sortie du résident) Annexe 2-3-1 II CASF (prestation accueil hôtelier)
3.4.3.0	Vie quotidienne Hébergement	Principaux objectifs - S'assurer que les conditions de restauration permettent une alimentation adaptée aux besoins des personnes ; Sécurité des personnes ; Maltraitance - Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes ; Maltraitance	contrôle	des personnes	D312-159-2 (prestations d'hébergement) CASF minimales
3.4.3.2	Vie quotidienne Hébergement	Existe-t-il une enquête de satisfaction sur la restauration ? Il y a-t-il une commission des menus ?	Au vu des compte rendus de la commission restauration transmis à la mission, les commissions se réunissent une fois par trimestre. (CR du 15/09 qui fait état de la précédente du 7/0422 et 28/11). Lors de ces rencontres, des informations sont transmises sur l'équipe restauration, les journées thématiques, les menus festifs, des points fournisseurs, et les suggestions des résidents ou familles.		Recommandations nutrition du GEM-RCN. Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique, 2015 (P 20 : enquête satisfaction, commission menus, plaintes, CVS)

N°IGAS	Sous thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Les enquêtes de satisfaction 2020 et 2021 abordent le sujet de la restauration mais sans apporter de commentaires aux données chiffrées. Le siège fournit les ingrédients « bruts » (matières premières) et le chef cuisinier en interne travaille les menus qui sont ensuite validés par direction sur proposition du Maître d'hôtel/cuisinier. L'animateur est chargé d'éditer les menus et de les afficher dans les pièces communes de l'EH PAD. A date de l'inspection, jeudi 26 janvier 2023, le menu affiché ne concordait pas avec le repas servi le midi.		
3.4.3.3	Vie quotidienne Hébergement	Existe-t-il la possibilité d'un menu ou de mets de substitution ?	L'établissement propose des menus de substitution répondant aux besoins ou volonté des résidents.		
3.4.3.5	Vie quotidienne Hébergement	Admin : Existe t-il un recensement et suivi actualisés des régimes, textures, compléments nutritionnels oraux ? Soignant : Est-il pris un avis médical complété d'un avis diététique pour éviter : - les fausses routes, - pour adapter la texture aux capacités de mastication et de déglutition : différentes textures par voie orale (liquide, gélifiée, mixé, haché...) - pour des apports complémentaires, pour veiller si nécessaire à l'exclusion de certains aliments (par exemple en cas de diabète,	Les régimes sont « bilantés » par l'IDEC. Les régimes sont identifiés par des pastilles de couleurs différentes. Les résidents sont, dès leur arrivée, soumis à un régime hyper protéiné avec des compléments alimentaires dans le petit-déjeuner et le repas du soir.		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		d'hyperkaliémie, d'interactions avec les médicaments pamplemousse...) ?			
3.4.3.7	Vie quotidienne - Hébergement	Quels sont les horaires des repas (début et fin) et des collations, y compris dans la nuit ? Il ne doit pas y avoir de jeûne supérieur à 12 heures.	Les temps de repas sont repartis comme suit : petit-déjeuner, à partir de 7H30, déjeuner (12h-14h30/15h), goûter (fait maison, par exemple des cakes, avec toujours la possibilité d'un goûter de substitution), dîner (18h - 19h). L'IDEC précise qu'une collation est à disposition le soir à la demande des résidents, notamment pour les diabétiques, mais qu'il n'existe aucune traçabilité de ce qui est distribué, qu'il n'y a pas de procédure formalisée.	R : les intervalles entre les repas ne respectent pas les recommandations du GEM-RCN en particulier le jeûne nocturne estimé à 12h maximum.	D312-159-2 (prestations minimales hébergement) Annexe 2-3-1 III 2° CASF (Prestation restauration-3 repas, goûter et collation nocturne) Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS RBPP HAS Recommandations du GEM-RCN
3.4.3.9	Vie quotidienne - Hébergement	Comment s'effectue le suivi effectif de l'état nutritionnel : pesée régulière (pèse-personne adapté à la position debout, assise ou allongée), bilan biologique... ? Existe-t-il une liste actualisée des résidents dénutris ?	Les pesées sont réalisées une fois par mois pour tous les résidents selon l'AMP elles sont tracées dans le logiciel net soins. Une surveillance alimentaire est réalisée en cas de dénutrition avec proposition des compléments alimentaires : jus, chocolat, yaourt, 2 à 3 fois par jour lorsque cela est prescrit par le Médecin traitant Les personnes dénutries sont pesées une fois par semaine pour le suivi.		D312-155-0 2° CASF (actions de prévention) doctrine régionale 2019-074 de l'ARSIdF L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité) HAS reco 2007 HAS reco 10 novembre 2021 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson

N°IGAS	Sous thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.3.10	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il une procédure d'aide au repas ? Existe-t-il une procédure permettant de déterminer les personnes à servir en chambre (sur demande de la personne prise en charge et motif, état de santé défaillant...)? Les professionnels sont-ils formés sur les troubles de la déglutition ? Les professionnels ont-ils une observance des rations alimentaires consommées ? Les professionnels sont-ils moteur de stimulation auprès des résidents mangeant en chambre ?	Les repas sont servis au restaurant ou dans les étages selon le degré d'autonomie des résidents. D'après les entretiens, l'IDEC détermine au moment de l'admission si le résident prend le repas en chambre ou en salle de restauration ainsi que la place du résident en salle de restauration. Cette organisation s'ajuste en fonction de l'état du patient. Le rapport d'activités médicales annuel 2021 précise que 2 Mini formations ont eu lieu « en cas de fausse route » en novembre 2021. Les entretiens révèlent que les ASH peuvent se retrouver seuls pendant le temps de repas des résidents, les AS prenant la pause repas entre 12h15 à 13h40. Les résidents non mobiles prennent leurs repas au lit, car les professionnels n'ont pas le temps de les accompagner au fauteuil. Une fois le repas terminé, les professionnels repositionnent les résidents dans le lit. Il ressort également des entretiens une difficulté pour le repas du soir avec les AS qui terminent leur service à 19h. Lors de l'inspection, la mission a pu assister aux repas : - Au 1^{er} et 5^{ème} étages, une dizaine de résidents de l'unité protégée étaient regroupés, 2 ASH étaient disponibles pour les aider à déjeuner. L'un des résidents servis en texture normale a été victime d'une fausse route qui a été prise en charge par l'IDE présente à l'étage pour la distribution des médicaments. L'évènement sera évoqué lors des transmissions de la journée pour suivi et adaptation du régime alimentaire si besoin. - Dans le salon du RDC 10 résidents déjeunaient. Ils étaient accompagnés de 4 professionnels arrivés		L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité) Guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD, oct. 2007

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			au fur et à mesure, dans l'ensemble, le temps des repas est géré rapidement. La mission a également observé que certains résidents déjeunaient seuls en chambre.		
3.4.4.0	Vie quotidienne - Hébergement	Principaux objectifs - S'assurer du maintien de l'hygiène des personnes dans des conditions respectant leur dignité, leur autonomie et l'intimité Principales catégories de risques possibles : Maltraitance			
3.4.4.1	Vie quotidienne - Hébergement	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 ?	Les habitudes de vie des résidents sont classées dans un classeur à chaque étage et permettent d'organiser la gestion des toilettes selon les effectifs en personnel de la journée. Un planning définit les personnes affectées à chaque AS ainsi qu'au personnel volant. Une AS peut réaliser de 4 à 8 toilettes par jour.		L311-3, 1° CASF (respect de la dignité, de l'intégrité, de l'intimité de la personne accueillie)
3.4.4.2	Vie quotidienne - Hébergement	Concernant l'incontinence, quelles sont les modalités de gestion des changes (fréquence, planning, protocole) ? Est-ce que l'accompagnement aux sanitaires est réalisé à la demande ? Les commandes sont-elles basées sur les stocks existants et sur les besoins des résidents ?	Les informations concernant les changes sont également répertoriées par résident dans le classeur de l'étage. Les fiches de tâches précisent que l'accompagnement aux toilettes est proposé		

3.8 Soins

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		Principaux	du	contrôle	
3.8.1.0	Soins	- Vérifier la présence des personnels - Vérifier que les personnels ont les qualifications prévues Principales catégories de risques possibles : Juridique : Sécurité des personnes			ou les textes prévus par les conventions
3.8.1.1	Soins	Principaux objectifs des personnels : Quelles sont les professions de santé mobilisées pour réaliser les missions de la structure : accompagner éducatif et social/aide médico-psychologique/AVS, infirmier, aide-soignant, ergothérapeute, masseurs-kinésithérapeutes, médecin, orthophoniste, orthoptiste, pharmacien, psychologue, diététicien, psychomotricien ?	Au jour de l'inspection l'équipe d'AS et d'IDE est au complet. Le poste de cadre IDEC n'est plus pourvu [REDACTED] Le poste de médecin coordonnateur est vacant ce qui ne permet pas une organisation de travail optimale. Lors de la seconde visite, le 6 mars la direction annonce l'arrivée d'une IDEC [REDACTED] et le recrutement en cours d'un Medec sur un temps de 80 % (en attente de la réponse du candidat).		L312-1 II 4°alinéa CASF (professionnels) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité)
3.8.1.2	Soins	Quelle est l'organisation du travail sur la base des contrats de travail, des fiches de postes, des fiches horaires en vérifiant la continuité des soins sur 24h, 7 j sur 7, les jours fériés, les week-ends et pendant les périodes de congés et auprès de l'ensemble des personnes accueillies quel que soit l'architecture de la structure (pavillonnaire, unités de vie...) ?	L'organisation du travail permet une continuité de la prise en charge 24h/24 et 7j sur 7		
3.8.1.4	Soins	Un médecin exerce-t-il une fonction de coordination de l'équipe soignante ? Un(e) infirm(er)ère d'encadrement et/ou de coordination ainsi qu'un pharmacien exercent-ils le rôle de référents ? Quelles sont les modalités d'exercice pour chaque mission définie ?	Le poste de médecin coordonnateur est vacant [REDACTED] Le Médecin du siège régional ORPEA est en appui de l'Ehpad disponible par téléphone et avec un passage une demi-journée toutes les deux semaines. Depuis le départ de l'IDEC il annonce qu'il passera une demi-journée par semaine en attendant les remplacements.		D. 312-155-0, II CASF (équipe pluridisciplinaire) D. 312-156 CASF (missions du Medco) Ordre national des infirmiers (missions de l'IDEC en EHPAD) L. 5126-10, II et R. 5125-107 du CSP (pharmacien d'officine, convention)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			L'IDEC assure l'accompagnement des professionnels, organise le travail et réalise des sensibilisations après les transmissions, s'assure de la bonne prise en charge des résidents		
3.8.2.0	Soins	Principaux objectifs - Vérifier que l'organisation des soins répond aux dispositions prévues par les textes et permet de mener à bien le projet de soins de la structure : évaluation des besoins, surveillance de l'état de santé, actes techniques, protocoles, circuit des médicaments, rangement et archivage des dossiers des patients Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Sécurité des personnes	du contrôle		
3.8.2.1	Soins	Quels sont les différents supports et cahiers de transmission (soins, kiné, orthophoniste...) entre les différents professionnels en charge des personnes accueillies ? Y a-t-il une organisation pour la transmission d'informations pour les personnels nouveaux arrivants, remplaçants et stagiaires (IDE, AS, AMP...) ? Les professionnels ont-ils connaissance des protocoles et procédures de soins, d'appel d'un médecin ou du 15, de signalements, de prescription de contention ? Les plans de soins sont-ils individualisés et réévalués régulièrement ?	Les transmissions sont incomplètes dans les dossiers. En effet, les traçabilités des actes de masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas systématiquement réalisées. Lors de l'entretien, ils ont indiqué les renseigner environ 1 fois/mois. On ne retrouve pas de traçabilité des actions de l'ergothérapeute. Un cahier de liaison est utilisé entre les masseurs-kinésithérapeutes et la psychomotricienne. L'accueil des vacataires n'est pas suffisamment organisé pour qu'ils soient opérationnels dès leur arrivée (pas de accès aux étages...). La directrice prévoit de travailler sur un kit d'accueil des vacataires pour fidéliser un pool de vacataires.	"L311-3 2° CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3 3° CASF (PAI et consentement du résident) L. 311-3 4° CASF (confidentialité des infos concernant le résident) L. 311-3 5° CASF (résident a accès à toutes infos ou docs le concernant) L311-3 7° CASF (participation directe du résident au PAI) R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE)"	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Les ordonnances sont manuscrites et également présentes dans le dossier informatisé renseigné par les médecins mais pour certains sont retranscrites par l'IDEC ou l'IDE. Les transmissions écrites IDE - AS sont peu nombreuses dans les dossiers étudiés On retrouve des protocoles de soins ou d'organisation accessibles dans un classeur dans le poste de soins et sur la gestion électronique des documents mais qui ne sont pas connus des professionnels La procédure fiche reflexe pour situation d'urgence médicale et une fiche de liaison qui permet de bien suivre est à disposition des personnels à côté du téléphone et dans le classeur de procédure d'urgence. Les prescriptions de contentions sont tracées dans le dossier du résident en revanche il n'y a pas de liste de l'ensemble des résidents ayant une contention.		
3.8.2.2	Soins	Quelles sont les modalités de traçabilité des soins : en temps réel, à distance du soin ? quels supports ? Les transmissions sont-elles effectives et de qualité (transmission ciblées, ...)?	Les chariots de traitements sont équipés de tablette mais la traçabilité est effectuée en différé sur un ordinateur accessible dans le poste de soins, il en est de même de la traçabilité des pansements.	R: la traçabilité des soins ne permet pas un suivi complet et	D312-155-0 2° (dispensation soins paramédicaux en EHPAD) R1112-2 CSP (contenu dossier médical) R4311-1 CSP (mission IDE-Recueil données clinique)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			Les masseurs-kinésithérapeutes ne réalisent pas dans le dossier du résident de traçabilité en temps réel. La traçabilité étant réalisée sur leur ordinateur personnel et environ une fois par mois tracé dans le dossier du résident. Les transmissions ciblées des IDE et des AS ne sont pas complètes. Il manque la traçabilité sur les traitements et les collations de la nuit.	régulier en temps réel.	R4311-2 CSP (mission IDE) R4311-3 CSP (Déf rôle propre IDE) R4311-4 CSP (délégation IDE des actes rôle propre à AS) R4311-5 CSP (Actes du rôle propre IDE) L311-3 5° CASF et L. 1111-7 CSP (accès à ses données de santé et/ou rel à sa PEC) D4391-1 et suiv. CSP (diplôme AS) R4321-91 CSP (transmissions Kiné) Annexe 1 de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation DEAS
3.8.2.4	Soins	Existe-t-il des procédures du circuit du médicament ?	Il existe bien une procédure du circuit du médicament.		R4311-7 CSP (actes rôle sur prescription IDE) L311-3 1° CASF (sécurité du résident) R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE)
3.8.2.5	Soins	La dispensation comprend-elle l'utilisation de l'original de la prescription, les informations sur le bon usage du médicament aux prescripteurs et au personnel ? Le dossier pharmaceutique est-il alimenté ? Des prescriptions sont-elles rédigées pour les soins kiné, orthophoniste, IDE, ... ?	Les médicaments sont délivrés sous forme reconditionnée en plaquettes avec petites boîtes. Y sont notés le nom du médicament, son dosage, sa posologie sur la boîte les médicaments non systématiques et ceux qui ne peuvent pas rentrer dans le conditionnement. Les prescriptions pour les soins de masseur-kinésithérapeute, psychomotricienne sont réalisés par les Médecins traitants et sont conservés par les professionnels, il n'y a pas		R5132-3 du CSP (modalités de prescription) L4332-1 CSP (acte psychomot sur prescription médicale) L4341-1 CSP (acte orthophoniste sur prescription médicale)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
			d'ordonnance dans les dossiers médicaux.		
3.8.2.6	Soins	Quel est le nombre de médecins traitants qui prescrivent dans le dossier informatisé ? Quel est le pourcentage de prescriptions faites dans le dossier informatisé ? Existe-t-il un logiciel d'aide à la prescription (LAP) ? Les personnels habilités sont-ils formés à son utilisation et l'utilisent-ils ? Les prescriptions sont-elles conformes et actualisées - date de la prescription, - nom, qualité et signature du prescripteur - dénomination, posologie, durée et voie d'administration - respect des durées maximales de prescriptions autorisées pour certaines classes thérapeutiques (psychotropes (3 mois), hypnotiques (1mois), durée maximale 12 mois - dénomination commune internationale (DCI) et éventuellement spécialité - mention de la possibilité que l'aide à la prise relève de l'aide aux actes de la vie courante. Existe-t-il une liste préférentielle de médicaments (LPM) - quelles sont les modalités d'élaboration (MedCo en collaboration avec les médecins traitants et le pharmacien dispensateur et/ou référent) ? - Est-elle adaptée aux personnes âgées et est-elle établie par classes thérapeutiques ?	Les prescriptions médicamenteuses sont pour la plupart saisies dans le logiciel [REDACTED] La mission a constaté des différences entre les prescriptions notifiées dans le logiciel [REDACTED] et celles rangées dans le classeur d'ordonnances, parfois, des ordonnances encore présentes dans le classeur alors que le traitement était arrêté. Il existe une liste de médicaments préférentielle dans [REDACTED] accessible aux médecins traitants.	R : L'absence de suivi des prescriptions entre le logiciel et le dossier papier peut conduire à des erreurs dans l'administration des traitements	R5132-3 CSP (modalités de prescription) R5121-91 CSP 2è alinéa(renouvellement ordonnance par médecin.) R4235-48 CSP (mission pharmacien) Guide HAS « Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments », juillet 2011 Guide des doses à administrer (PDA) en Ehpad et autres établissements médico-sociaux » de l'ARS Provence Alpes Côte d'Azur-2017, page 17).
3.8.2.7	Soins				L5126-6-1 CSP (liste préférentielle de médicament en ESMS)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.2.8	Soins	Les IDE sont-elles conduites à saisir elles-mêmes des prescriptions orales ou téléphonées dans le dossier médical/de soin. Quelles sont les pratiques de retranscription : - aux différentes étapes du processus de la PECM, - dans certaines situations de prescriptions orales : confirmées par écrit ?	Il existe une retranscription des ordonnances quand celles-ci ne sont pas saisies dans le logiciel par le médecin. Il existe des retranscriptions d'ordonnance pour les patients en rupture d'hospitalisation ou de consultations réalisées par les IDE ou le médecin coordonnateur régional.	E : la saisie par les IDE des prescriptions du MT dans l'outil informatique contrevient à la réglementation de l'article R 5121- 91 du CSP II alinéa et aux recommandations de bonnes pratiques relative au circuit du médicament.	R. 5132-13 CSP (données apposées sur ordonnance par officine) R4235-48 CSP (mission du pharmacien) L5126-6-1 CSP R5132-22 CSP (pharmacie délivre médicament avec présentation ordonnance) Bonnes pratiques - ordre des pharmacies - dispensation des médicaments (juillet 2021)
3.8.2.9	Soins	Quels sont les moyens de transmissions : - des ordonnance de l'EH PAD à l'officine, - des conseils thérapeutiques de l'officine, de l'officine, - des observations entre EHPAD et officine	Les ordonnances sont accessibles directement sur le logiciel par la pharmacie. Elles sont également faxées à la pharmacie.		
3.8.2.12	Soins	Le stock tampon est-il conforme et est-il contrôlé ?	Il existe un stock « tampon » disponible dans un bac dans le poste de soins accessible à l'ensemble du personnel au lieu de la réserve de médicaments. La liste du stock tampon est disponible. Sa traçabilité mensuelle est effective et il n'a pas été retrouvé de médicament périmé.	R : Il existe un stock tampon disponible dans un bac dans le poste de soins et non dans la réserve	L5126-6 CSP R5126-108 CSP (stock tampon)et - 109 (stock tampon dans rangements fermés à clé) CSP R4312-38 CSP (IDE vérifie prescription, dosage, péremption et mode d'emploi du médicament) D312-158 13°) CASF (mission MedCo en cas d'urgence)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
					Guide régional ARS Auvergne-Rhône-Alpes « Le circuit du médicament en EHPAD », septembre 2017 (p16) R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE)
3.8.2.13	Soins	Y a-t-il une identification jusqu'à l'administration ? - photo du résident dans le classeur des prescriptions - photo du résident sur les piluliers La préparation des médicaments est-elle réalisée dans un local adapté, sécurisé et propre ; l'entretien de l'ensemble des contenants individuels utilisés est-il régulièrement effectué et fait-il l'objet d'une traçabilité ?	Les photos du résident figurent à la fois dans le dossier sur le logiciel [REDACTED] et sur les piluliers		R.4311-4 CSP Guide HAS « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments » de mai 2013 : règle des 5B
3.8.2.14	Soins	Les conditions de préparation des médicaments sont-elles réunies pour que le personnel ne soit pas interrompu dans sa tâche ? La préparation des médicaments est-elle effectuée au vu de la dernière prescription originale ?	Le reconditionnement est réalisé par une officine.		Guide pour « la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » (ARS PACA 2017).
3.8.2.16	Soins	Y a-t-il un double contrôle des piluliers assuré par un personnel différent ? Quelle est la fréquence de préparation des piluliers ou équivalents (une semaine, un mois, ou autre) ? Les médicaments sont-ils préparés pour partie au moyen d'un automate (gestionnaire, lieu d'installation) ? Quel est le personnel impliqué ? personnel de la PUI ou l'IDE de l'ESSMS, personnel de l'officine (préparateurs en pharmacie sous la présence effective du pharmacien) dans les locaux de	Les piluliers sont préparés par la pharmacie qui les livrent une fois par semaine. Ils sont vérifiés à l'arrivée par l'IDE qui les rangent dans les armoires.		R5126-1 CSP (EHPAD peut disposer d'une PUI) Guide pour « la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » (ARS PACA 2017).

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		l'ESSMS, personnel de l'officine dans les locaux de l'officine par le personnel compétent de l'officine ?			
3.8.2.17	Soins	L'administration des médicaments est-elle réalisée au vu de la dernière prescription ? Les chariots de médicaments sont-ils sécurisés ?	Lors de l'inspection, la mission a observé que l'IDE ne vérifiait pas la prescription dans le classeur ni sur la tablette avant l'administration. Les chariots de médicaments disposent d'un système de fermeture mais qui n'est pas utilisé.	R : Les modalités d'utilisation des chariots de médicaments ne sont pas conformes.	L311-3 1° CASF (sécurité résident) R4311-4 CSP (IDE et délégation des soins) L 4235-48 du CSP (missions pharmacien dans dispensation médicament) R4312-10 CSP (limite de l'IDE dans les soins) R5132-3 du CSP (contenu de la prescription)
3.8.2.18	Soins	Y a-t-il une traçabilité de l'administration ou de la non-administration ? (Identité du résident + identité soignant) Est-elle enregistrée en temps réel à chaque prise ? Pour les spécialités sous forme multi doses la date d'ouverture et le nom du résident sont-ils consignés ?	La traçabilité est réalisée à posteriori de l'administration du médicament. Il a été observé des médicaments mis dans le gobelet et posé sur la table du résident. La traçabilité des médicaments administrés par les personnels de nuit n'est pas retrouvée dans Net soins. Il n'existe pas de liste de résident pour lesquels les médicaments doivent être broyés.	R : La traçabilité de la distribution des médicaments n'est pas systématiquement effectuée en temps réel par les IDE contrairement au protocole de l'établissement et aux règles de bonnes pratiques professionnelles	L311-3 1° CASF (sécurité résident) R4311-4 CSP (IDE et délégation des soins) L 4235-48 du CSP (missions pharmacien dans dispensation médicament)
3.8.2.20	Soins	Existe-t-il une liste des médicaments à ne pas broyer (formes galéniques adaptées) ? Existe-t-il un protocole de broyage des médicaments ? - avec utilisation des sachets ou godets récupérateurs individuels et à usage unique - avec nettoyage du matériel entre deux utilisations ?	Il n'existe pas de liste de médicaments écrasables. Les médicaments sont broyés dans des sachets avec un appareil à écraser.	R : Absence de liste de médicaments pouvant être écrasés ou dilués.	Réf : Guide « Sécurisation du circuit du médicament EHPAD mise à jour Sept 2017 », ARS-ARA, septembre 2017 Réf : Guide de bonne pratique en EHPAD P.11 Liste des comprimés ne pouvant être broyés et des gélules ne pouvant être

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
					ouvertes a été établie et mise à jour en juin 2015 par l'Omédit de Haute-Normandie et la Société Française de Pharmacie Clinique
3.8.2.22	Soins	Comment est organisée la délégation d'administration des médicaments par l'IDE ?	Des protocoles de distribution des médicaments et des mini- formations à destination des professionnels devant distribuer des médicaments existent et cette fonction est indiquée dans les fiches de postes des professionnels. La délivrance médicamenteuse la nuit se fait par l'équipe [REDACTED]		R4311-3 CSP (IDE peut réaliser des protocoles de soins) R4311-4 CSP (délégation de soins courant de la vie quotidienne) R4311-7 CSP (actes rôle sur prescription) R.4311-5 (4°) CSP (rôle propre IDE- aide prise médicament non injectable) L313-26 CASF (aide à la prise de médicament si acte de la vie courante) L311-3 1° CASF (sécurité du résident)
3.8.2.23	Soins	Existe-t-il un registre des stupéfiants ? Est-il régulièrement complété ?	oui		Article R5132-36 CSP (toute entrée/sortie de substances et de stupéfiants est inscrite dans un registre ou enregistrée par un système informatique spécifique) L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur) L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS) R4311-2, 5°, CSP (Rôle propre de l'infirmier) Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999, Guide méthodologique Le déploiement de la bientraitance Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte. HAS, 2012.
3.8.2.24	Soins	Existe-t-il un protocole de dépistage et de lutte contre la douleur ? Une formation à l'usage des pompes à morphine est-elle dispensée (HAD)?	Il existe un protocole d'analyse et d'évaluation de la douleur datant de novembre 2017. La mission n'a pas vérifié les formations dispensées par l'HAD.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.2.25	Soins	Existe-t-il un protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie (sédation profonde, directives anticipées, personne de confiance) rédigé, validé et connu du personnel ?	Il existe une procédure du groupe sur l'accompagnement de fin de vie.		L1111-11 CSP R1111-19 CSP R4312-43 CSP (Utilisation protocole IDE) D312-158 CASF RBPP HAS Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, 2017
3.8.2.26	Soins	Existe-t-il des protocoles de suivi pour les pathologies rencontrées dans l'ESSMS ? et les conduites à tenir dans diverses situations : diabète, épilepsie, chutes...	Il existe un protocole en cas de chutes, et une procédure d'analyse et prévention des chutes.		
3.8.3.0	Soins	Principaux objectifs - Apprécier si les locaux et les équipements permettent une prise en charge adaptée aux besoins et répondent aux conditions d'hygiène Principales catégories de risques possibles : Juridique ; Sécurité des personnes	du contrôle		
3.8.3.1	Soins	Où sont localisés les postes dédiés aux soins ? Selon quelle logique organisationnelle (au sein de chaque unité ou centralisé) ? Quels sont leur propre apparence et le respect des règles d'hygiène pour l'entretien notamment des surfaces ?	Le poste de soins principal est encombré ce qui ne doit pas faciliter son entretien. A chaque étage, un poste de soins avec un ordinateur connecté est à disposition des personnels. La mission a constaté que ces locaux étaient propres mais n'étaient pas fermés à clé et les fenêtres n'étaient pas sécurisées.	R : l'encombrement du poste de soins ne rend pas utilisation fonctionnelle et ne permet pas de faciliter le bionettoyage du local	
3.8.3.2	Soins	Quels sont les équipements des postes de soins : - matériel de pesée, - chariot d'urgence, - instruments de mesure, - produits d'hygiène (solution hydro alcoolique),	Dans le poste de soin central se trouvent : - Le sac d'urgence - Les instruments de mesure des paramètres vitaux - Les produits d'hygiène		
3.8.3.3	Soins	Quels sont les moyens de sécurisation contre le vol (matériels, dossiers, informations) ?	Les affichages et les documents sont accessibles aux personnels.		R4312-35 CSP (IDE et protection données dossier de soins) R.4127-45 CSP (transmissibilité des données médicales)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		Les affichages dans les locaux professionnels sont-ils tenus à jour ?			L311-3 4°CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident) L1110-4 CSP (respect vie privée et secret professionnel) L311-3 CASF L5126-6 (PUI) R5126-108 (PUI-méd délivrés en urgence) R5126-112 (Délivrance médicament sur prescription) R5126-113 (convention entre PUI et professionnel de santé ou biologiste responsable de laboratoire de biologie médicale)
3.8.3.4	Soins	Le stockage des médicaments est-il conforme ?	Le stockage des médicaments est réalisé dans des armoires situées dans un local fermé à clé. Les chariots de médicaments sont également stockés dans le local à pharmacie. Le coffre des stupéfiants est fermé à clé et stocké dans le local de pharmacie.		D312-158 13° CASF (MedCo-prescription pour soins urgents) R.4312-39 du CSP (IDE protège accès aux médicaments) R4312-15 CSP (IDE responsable de l'accès aux médicaments) Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé (Article 13 : Détention et stockage « Les médicaments sont détenus dans des locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité et des conditions de conservation garantissant l'intégrité du médicament)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.3.8	Soins	Le stockage du chariot d'urgence est-il adapté ? Aspiration ? Fonctionnelle ? Le chariot d'urgence est-il scellé, mensuellement et après chaque utilisation ? - vérifié mensuellement et après chaque utilisation ? Extracteurs d'O2 ? Si obus d'oxygène sont-ils stockés dans un système de fixation (prévention chute obus) ? - stockés dans un local dédié	Le stockage du sac d'urgence est dans le poste de soins principal. Il n'est pas scellé mais il est vérifié mensuellement et après chaque utilisation. Les obus d'oxygène sont entreposés à même le sol sans être fixés. Les extracteurs à oxygène sont également stockés près des obus dans le poste de soin.		L311-3 1° CASF (Sécurité résident) D312-158 13° CASF (mission MedCo en cas d'urgence) R4312-39 CSP (IDE limite accès aux médicaments) R4312-43 du CSP (IDE applique les protocoles médicaux)
3.8.3.9	Soins	Le DAE est-il : - installé dans un emplacement visible du public - installé dans un endroit en permanence facile d'accès - accompagné d'une signalétique conforme aux exigences réglementaires - en état de fonctionnement ?	Le défibrillateur automatisé externe est bien installé dans un emplacement facile d'accès, visible du public et accompagné d'une signalétique conforme aux exigences réglementaires.		décret n°2018-1186 du 19 décembre 2018 décret n° 2018-1259 du 27 décembre 2018 loi du n°2018-527 du 28 juin 2018 Arrêté du 29 octobre 2019 (signalisation DAE dans les ERP)
3.8.4.0	Soins	Principaux objectifs et l'existence - Vérifier la tenue à jour du dossier médical de la personne (actes techniques, consultations, hospitalisation...) et l'existence du dossier de liaison d'urgence Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes ; Éthique	du contenu des projets de soins individuels (DLU)		
3.8.4.1	Soins	Qui contribue à l'élaboration du projet de soins individualisé ? A son suivi ? A quelle fréquence ? Sur quoi porte-t-il ?	Les équipes en charge des résidents contribuent à l'élaboration du projet de soins qui décrit la prise en charge quotidienne du résident.		L311-3 3° du CASF (PEC et accompagnement de qualité) D311 du CASF (contrat de séjour et avenant qui précise dans le délai max de 6 mois les objectifs et les prestations adaptées à la personne) D312-158, 6° du CASF (évaluation gériatrique à l'entrée du résident) HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.4.3	Soins	Les DLU sont-ils tenus à jour ? Fréquence de réactualisation ? Où sont-ils stockés ? Tous les soignants y ont accès 24h/24 ?	Il existe 2 types de DLU : - Celui des urgences plus synthétique accessible sur le logiciel Net soins et dans un classeur dans le poste de soins. La mission a constaté que certains DLU étaient très peu renseignés. - Celui pour les services d'hospitalisation qui retrace l'intégralité du parcours de soins du résident. La mission constate que la chronologie n'est pas toujours respectée avec des rubriques retrouvées à plusieurs endroits ne contenant pas toujours les mêmes informations.		L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Recommandations de la HAS de 2015 "dossier de liaison d'urgence"

4 Relations avec l'extérieur

4.2 Coordination avec les autres secteurs

N°IGA	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
4.2.1.0	Coordination avec les autres secteurs	Principaux objectifs - S'assurer que la structure a établi des relations formalisées avec les partenaires du contrôle Principales catégories de risques possibles : Sécurité des personnes			
4.2.1.1	Coordination avec les autres secteurs	Groupements hospitaliers de territoire (GHT) La structure dispose-t-elle d'un protocole avec un établissement de santé pour la gestion des urgences ? La structure a-t-elle passé des conventions avec des établissements de santé, public ou privé, prévoyant les modalités d'accueil, de prise en charge en service de gériatrie, de médecine, de chirurgie ou psychiatrie et de retour ?	L'établissement a signé une convention avec le GHT de son territoire dans le cadre d'une prise en charge de médecine, SSR, unité mobile de gériatrie, service d'accueil des Urgences. Par ailleurs, il existe des conventions avec des cliniques du groupe pour la prise en charge en service gériatrique et psychiatrique.		L312-7, 1° du CASF et D312-155-0, I, 5° du CASF (convention avec EDS)
4.2.1.2	Coordination avec les autres secteurs	Intervention de personnels médicaux et paramédicaux libéraux	Il existe des conventions avec les médecins traitants, SOS médecins, et des paramédicaux (masseurs-kinésithérapeutes, pédicure-podologues, art thérapeute). L'orthophoniste vient de mettre un terme à sa convention avec l'établissement [REDACTED]		R313-30-1 CASF (contrat entre prof libéral et EHPAD) D311 V 8° CASF (contrat de séjour-liste prof libéraux intervenant sur l'EHPAD) L314-12 du CASF (condition au contrat avec les prof libéraux)
4.2.1.3	Coordination avec les autres secteurs	Intervention de services de santé à domicile	Les documents transmis ne font pas état de partenariats avec un service de santé à domicile.		

N°IGA S	Sous- thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
4.2.1.5	Coordination avec les autres secteurs	L'établissement a-t-il des conventions avec : * une équipe mobile gériatrique * une équipe mobile de géronto-psychiatrie * un SSIAD * une HAD * un laboratoire d'analyse médicale * un centre de radiologie * Autres Quelles sont les modalités d'interventions et sont-elles effectives? L'établissement est-il partie prenante dans un réseau gériatrique ?	Au vu des informations transmises il existe des conventions avec 3 services d'HAD : [REDACTED]		L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur) L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS) R4311-2, 5°, CSP (Rôle propre de l'infirmier) Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999 rel à la prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des ESMS
4.2.1.7	Coordination avec les autres secteurs	Officine, pharmacie PUI ou de ville	Il existe une convention avec une officine [REDACTED]		L5126-10, II et R. 5126-105 et sv du CSP (convention entre établissement sans PUI et pharmacie)
4.2.2.0	Coordination avec les autres secteurs	Principaux objectifs - S'assurer que la structure a établi des relations formalisées avec les partenaires du secteur social et médico-social Principales catégories de risques possibles : Maltraitance			contrôle
4.2.2.1	Coordination avec les autres secteurs	La structure a-t-elle établi des partenariats avec des ESSMS ? La structure appartient-elle à un GIE, à un GIP, à un GCSMS au sens des dispositions réglementaires ? Des visites d'établissements ou de services, des échanges de personnel ou des formations conjointes avec d'autres institutions ou services gérontologiques sont-elles organisées ? Existe-t-il une collaboration avec des ESSMS (mise en commun des moyens, associations, club du troisième âge, etc.) ?	Il n'existe pas de partenariats spécifiques avec des ESSMS.		
4.2.3.0	Coordination avec les autres secteurs	Principaux objectifs du contrôle : - S'assurer que la structure a établi des relations formalisées avec les partenaires de l'orientation			

N°IGA S	Sous- thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		Principales catégories de risques possibles : Juridique, Médiation			
4.2.3.1	Coordination avec les autres secteurs	A quel DAC et/ou réseaux gérontologiques l'EHPAD est-il lié ? Existe-il une/des convention/s ?	Le DAC Paris Sud n'est pas connu de l'établissement et aucune convention ne les lie.		HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 4 : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident", 2012 et HAS, "Plan personnalisé de coordination en santé (guide, modèle et glossaire)", 2019 Décret du 18 mars 2021 N°2021-295 (relatif aux DAC et aux dispositifs spécifiques régionaux)

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

Référence	Écarts
1.2.2.14 Management et Stratégie	Ecart n°1 : En l'absence de médecin coordonnateur au sein de l'équipe pluridisciplinaire l'EHPAD contrevient aux articles D312-155-0 et D312-156 du CASF.
1.2.1.4 Management et Stratégie	Ecart n°2 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF. L'établissement dispose d'un pré-projet d'établissement nécessitant une finalisation et une validation.
1.3.3.2 Animation et fonctionnement des instances	Ecart n°3 : En ne présentant pas de bilan des événements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF.
2.1.1.7 Gestion des ressources humaines	Ecart n°4 : la direction de l'EHPAD ne s'est pas assurée de la validité des diplômes et de l'inscription à l'ordre de l'ensemble des professionnels de l'EHPAD.
2.1.4.4 Gestion des ressources humaines	Ecart n°5 : Les conditions de collaboration réglementées et limitées aux professionnels cités dans le code de la santé publique sur les Aides-soignants, les Auxiliaires Médico-Psychologiques selon les limites respectives de la qualification reconnue à chacun du fait de sa formation ne sont pas respectées (article R4311-4 code santé publique).
3.1.4.5 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart n°6 : Plusieurs résidents ne disposent pas d'un médecin traitant, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 3° du CASF.
3.1.4.5 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart n°7 : Certains médecins traitant intervenant dans l'EHPAD n'ont pas signé de contrat type prévu à l'article L314-12 du CASF.
3.8.2.8 Soins	Ecart n°8 : la saisie par les IDE des prescriptions du MT dans l'outil informatique contrevient à la réglementation de l'article R 5121- 91 du CSP II alinéa et aux recommandations de bonnes pratiques relative au circuit du médicament.

Remarques

Référence	Remarques
1.2.1.6 Management et Stratégie	Remarque n°1 : Le plan de crise sanitaire ou climatique n'est pas actualisé, notamment pour les coordonnées.
1.4.1.1 Gestion de la qualité	Remarque n°2 : les référents qualités ne sont pas clairement identifiés au sein de l'établissement.
1.5.1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Remarque n°3 : L'établissement n'a pas mis en place un suivi et un bilan des EIG dans le cadre d'une démarche d'amélioration qualité et d'accompagnement des équipes.
2.1.1.1 Gestion des ressources humaines	Remarque n°4 : Les données fournies sur les ETP ne sont pas cohérentes et ne permettent pas d'extraire des données fiables.
2.1.2.5 Gestion des ressources humaines	Remarque n°5 : L'absence de mise en œuvre d'une procédure d'accueil d'un nouveau salarié ne favorise pas une prise de poste efficace et est susceptible d'affecter la qualité de la prise en charge des usagers
2.1.3.1 Gestion des ressources humaines	Remarque n°6 : Des réunions d'équipe ne sont pas mises en place régulièrement et n'incluent pas l'ensemble des professionnels de l'EH PAD, ce qui ne permet pas d'accompagner les professionnels et de sécuriser la prise en charge au sein de l'établissement.
2.1.4.2 Gestion des ressources humaines	Remarque n°7 : Les fiches heureées sont indifférenciées selon le diplôme détenu par le professionnel.
2.5.4.3 Sécurités	Remarque n°8 : Les données transmises sur le système d'appel malade ne sont pas exploitables dans le cadre d'une démarche qualité.
3.1.3.3 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque n°9 : La mission constate dans les tableaux de suivi que les projets personnalisés ne sont pas à jour
3.1.4.6 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque n°10 : Les dossiers médicaux ne sont pas complets notamment au niveau des transmissions.

3.2.2.6 Respect des droits des personnes	Remarque n°11 : Les informations relatives aux directives anticipées sont absentes de l'échantillonnage des dossiers des résidents que la mission a consulté lors de l'inspection.
3.3.2.1 Vie sociale et relationnelle	Remarque n°12 : La mission d'inspection constate une prestation animation répétitive, peu diversifiée, qui ne correspond pas aux attentes telles qu'elles sont indiquées par le CASF.
3.4.3.7 Vie quotidienne - Hébergement	Remarque n°13 : Les intervalles entre les repas ne respectent pas les recommandations du GEM-RCN en particulier le jeûne nocturne estimé à 12h maximum.
3.8.2.1 Soins	Remarque n°14 : Les procédures de soins sont à jour mais mal connues et pas toujours appliquées par les professionnels.
3.8.2.2 Soins	Remarque n°15 : La traçabilité des soins ne permet pas un suivi complet et régulier en temps réel.
3.8.2.6 Soins	Remarque n°16 : L'absence de suivi des prescriptions entre le logiciel et le dossier papier peut conduire à des erreurs dans l'administration des traitements
3.8.2.12 Soins	Remarque n°17 : Il existe un stock tampon disponible dans un bac dans le poste de soins et non dans la réserve.
3.8.2.17 Soins	Remarque n°18 : Les modalités d'utilisation des chariots de médicaments ne sont pas conformes.
3.8.2.18 Soins	Remarque n°19 : La traçabilité de la distribution des médicaments n'est pas systématiquement effectuée en temps réel par les IDE contrairement au protocole de l'établissement et aux règles de bonnes pratiques professionnelles.
3.8.2.20 Soins	Remarque n°20 : Absence de liste de médicaments pouvant être écrasés ouverts ou dilués.
3.8.3.1 Soins	Remarque n°21 : L'encombrement du poste de soins ne rend pas son utilisation fonctionnelle et ne permet pas de faciliter le bionettoyage du local.

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD Résidence Saint-Jacques géré par le groupe ORPEA a été réalisée à compter du 26 janvier 2023 par les équipes de la délégation départementale de Paris pour l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France et par les équipes de la Ville de Paris.

La mission d'inspection a fait plusieurs constats à partir des inspections réalisées sur place et des documents fournis par l'établissement.

Ces constats ont été regroupés en huit écarts à la réglementation et vingt-et-une remarques sur la base des recommandations de bonnes pratiques.

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

Saint Denis, le 28 avril 2023

Inspectrice de l'action sanitaire et sociale,
Département Ville Hôpital,
Délégation départementale de Paris, ARS Ile-de-France



Laura SALVY

Chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'autonomie, direction des solidarités, Ville de Paris



Dominique GRUJARD

Responsable de la Mission d'Inspection des ESMS parisiens, sous-direction de l'autonomie, direction des solidarités, Ville de Paris



Frédéric MUSSO

Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Délégation Départementale de Paris
Agence régionale de santé Île-de-France

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

Affaire suivie par : Laura SALVY

Numéro : [REDACTED]
Téléphone : [REDACTED]

Madame Laura SALVY, chargée de mission, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Pôle Ville Hôpital, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Docteur Estelle YAMANI, conseillère médicale, Pôle Ville Hôpital, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Madame Halimata NIANG, chargée de mission, Pôle Ville Hôpital, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

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

Monsieur Frédéric MUSSO, responsable de la Mission Inspection des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

Saint-Denis, le

Mesdames, Monsieur,

En février 2022, la ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, a engagé la mise en œuvre d'un programme pluriannuel de contrôle des EHPAD sur l'ensemble du territoire national. Sa poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS. Ce programme s'inscrit dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD Résidence Saint-Jacques ORPEA (FINESS géographique 750831448) situé au 3 passage Victor Marchand à PARIS 13^{ème}, géré par le groupe ORPEA, et qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

- 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 et la gouvernance ;
- Les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan de la dépendance et de la qualité des prestations hôtelières et d'animation.

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

La mission comprendra :

Pour sa composante Agence régionale de santé Île-de-France :

- Madame Laura SALVY, coordonnatrice de la mission d'inspection, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Pôle Ville Hôpital, Délégation Départementale de Paris ;
- Docteur Estelle YAMANI, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Pôle Ville Hôpital, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Halimata NIANG, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Pôle Ville Hôpital, Délégation Départementale de Paris.

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Dominique GRUJARD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités ;
- Monsieur Frédéric MUSSO, responsable de la Mission Inspection des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités.

L'inspection sera réalisée sur le mode inopiné et débutera à compter du 26 janvier 2023. Elle comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer. Elle pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

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

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

Pour la Directrice générale de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France, et, par délégation le Directeur départemental de Paris,

Pour la Maire de Paris et par délégation,
 Directrice de l'autonomie

Servanne JOURDY

Annexe 2 : Liste des documents demandés et remis.

Liste des documents demandés le jeudi 26 janvier 2023 :

N°	A remettre dès le début de la journée d'inspection le 26.01.2023	Remis à l'équipe d'inspection (même incomplets)
A	Liste nominative des résidents par chambre admis à ce jour avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, bénéficiaire aide sociale et leur GIR (<u>format EXCEL</u> et non pdf) ;	Oui
B	Liste nominative des professionnels intervenant au sein de l'EHPAD (titulaires, CDI/CDD, stagiaires, libéraux etc..) avec leur fonction, affectation, présents/absents/poste vacant et date de recrutement (<u>format EXCEL</u> et non pdf)	Oui
C	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	Oui
D	Liste des membres du CVS	Oui
E	Plannings des professionnels soignants pour le mois en cours et le mois précédent	Oui
F	Organigramme nominatif de l'EHPAD	Oui
G	Un plan des locaux	Oui
H	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	Consultation sur place
I	Livret d'accueil	Oui
N°	A remettre à l'issu de la journée d'inspection le 26.01.2023	
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, médecins prescripteurs et de l'IDEC	Oui
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, de l'IDEC et médecin prescripteur	Oui
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Oui
4	Subdélégation de l'adjoint de direction	Non
5	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Non
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Oui
7	Planning des astreintes depuis le 1 ^{er} janvier 2022	Oui
8	Dernière évaluation externe et interne et le suivi du plan d'actions	Oui
9	Compte-rendu des CODIR EHPAD réalisés en 2021 et 2022	Oui
10	Compte-rendu des CODIR avec l'Organisme gestionnaire réalisés en 2021 et 2022	Oui
11	Compte-rendu des réunions d'équipe en 2022	Non
12	Projet d'établissement	Non
14	Plan d'amélioration continue de la qualité	Oui
17	Liste nominative des personnels CDD en année N-1	Oui
18	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (<u>tableau Excel</u> et non pdf)	Non
19	Extraction sous fichier Excel du Registre unique du personnel	Oui
20	Plannings des équipes de soins jour/nuit des 3 derniers mois (y-compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur + plannings des 3 mois réalisés JUIN-JUIL-AOUT + planning prévisionnel de septembre Précision de la légende des sigles utilisés	Oui
21	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Oui
22	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation sur place
23	Dossiers RH des salariés	Consultation sur place

24	Les fiches de tâches heurées et fiches de poste des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	Oui
25	Les conventions de stage des élèves stagiaires présents le jour de la visite d'inspection	Non
26	Copie des registres des délégués du personnel	Consultation sur place
27	Cahiers des Délégués du personnel	Consultation sur place
28	Procédure d'accueil du nouveau salarié	Oui
29	Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)	Oui
30	Liste nominative des résidents admis à ce jour avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance ou âge, date d'entrée, date de PVI, bénéficiaire aide sociale, protection juridique (si possible format EXCEL et non pdf) Date d'entrée des résidents présents ce jour	Oui
31	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI	Oui
32	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation sur place
33	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	Oui
34	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Oui
35	CR des réunions des CVS 2022 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Oui
36	CR des réunions avec les familles 2022	Oui
37	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1 et août 2022)	Oui
38	Extraction du journal appel malades de J-1 et de la nuit écoulée	Non
39	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Oui
40	Planning des animations des 3 derniers mois	Oui
41	Enquête de satisfaction 2021 et 2022	Oui 2020 - 2021
42	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne	Consultation sur place
43	Procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Oui
44	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Oui
45	Liste nominative des résidents ayant des repas enrichis, mixés ou hachés ; des résidents avec régime	Oui
46	Liste nominative des médecins traitants des résidents avec l'identité des résidents pour chacun d'eux	Oui
47	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé publics et privés au titre de la continuité des soins (urgences / MCO / Psychiatrie / Soins palliatifs, plateau technique)	Consultation sur place
48	Conventions signées avec l'équipe mobile gériatrique (EMG), les réseaux de soins palliatifs, les services de hospitalisation à domicile (HAD), etc. :	Consultation sur place
49	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	Oui
50	Rapport de la commission gériatrique annuelle et dates de réunions 2021 et 2022	Oui
51	Liste détaillée de tous les protocoles de soins et communication des protocoles suivants : admission, chute, douleur, escarres, pansements, fin de vie, dénutrition, contention,	Oui
52	Document d'analyse des risques infectieux – DARI	Oui
53	Nb de résidents avec chute(s) répertoriée(s) année 2022 et identité des résidents concernés	Oui

	Nb de résidents avec escarre(s) répertorié(s) année 2022 et identité des résidents concernés	
54	Extraction des données de suivi 2022 des poids/IMC des résidents et CAT en cas de perte de poids importante Extraction des données d'évaluation, année 2022 ,des résidents	Oui
55	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	Oui
56	Vaccination anti-grippale par l'EHPAD cet hiver : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés Vaccination anti COVID: nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés, préciser les rappels	Oui
57	Dernier rapport annuel d'activité médicale (RAMA)	Oui
59	Procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des événements indésirables dont ceux associés aux soins : - procédure présentant le type d'EI à déclarer et modalités de déclaration - extraction/copie du registre d'enregistrement des EIG déclarés aux autorités de contrôle et plans d'action corrective mis en œuvre) (N et N-1)	Oui
60	Contrats de location des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours Équipement de l'EHPAD en rails, lèves personnes et chaises de douches par étage ?	Non
61	Factures des locations (lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres) pour les années N-1 et N-2	Oui
62	La fiche récapitulative (FR) amiante	Oui
63	La convention de collecte des DASRI	Oui
64	Les bordereaux de collecte DASRI des 6 derniers mois	Oui
65	Les analyses légionnelles des années N-1 et N-2	Oui
66	Les documents relatifs à la vidéosurveillance : contrats ; autorisation ; informations aux familles et résidents.	Oui

Liste de documents complémentaires demandés à la suite de la première visite :

N°	A envoyer à l'équipe d'inspection	Remis à l'équipe d'inspection (même incomplets)
1	Le plan de formation de l'année N avec le réalisé de l'année N-1	Oui
2	Si mis en place, l'information et l'accompagnement à la VAE par la structure	Oui
3	Le registre unique du personnel ou la liste du personnel en format Excel faisant apparaître les ETP	Oui
4	Le taux d'absentéisme sur N-1 et N-2	Non
5	Parmi les conventions consultées : convention avec le laboratoire, plateau technique, ambulance, soins palliatifs, service urgence, équipe mobile gériatrie, HAD	Non sauf HAD
6	La convention pour la radiologie	Non
7	La convention ou contrat qui lie l'établissement à la permanence infirmier mobilisable la nuit	Non
8	Le projet d'établissement en cours ou à défaut le projet d'établissement antérieur	Oui – projet antérieur

