

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

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

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) LE TREFLE BLEU**
Adresse 152 rue Cardinet
N° FINESS 750041030

RAPPORT D'INSPECTION
N° 2023_IDF_00518
Contrôle sur place le 21 mars 2023

Mission conduite par

- Madame Cassandra ROCHETTE, chargée du contrôle des ESMS parisiens, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris, coordonnatrice de la mission d'inspection ;
- Monsieur Frédéric MUSSO, chargé du contrôle des ESMS parisiens, désigné sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris,
- Madame Maryse VALLERY, désignée en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique ;

Accompagnée par

- Madame Florence THIBAUT, stagiaire EN3S, affectée à la délégation départementale de Paris de l'ARS d'Île-de-France.

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

Synthèse	Erreur ! Signet non défini.
Introduction.....	6
Contexte de la mission d'inspection	6
Modalités de mise en œuvre.....	6
Présentation de l'établissement.....	6
Constats	9
1. Gouvernance	10
Conformité aux conditions de l'autorisation.....	10
Management et Stratégie	11
Animation et fonctionnement des instances.....	16
Gestion de la qualité.....	17
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	20
2. Fonctions support.....	22
Gestion des ressources humaines.....	22
Gestion d'information.....	31
Bâtiments, espace extérieurs et équipement.....	35
Sécurité.....	37
3. Prises en charge.....	38
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.....	38
Respect des droits des personnes.....	42
Vie sociale et relationnelle.....	44
Vie quotidienne. Hébergement :	45
Soins	48
4. Relations avec l'extérieur	61
Coordination avec les autres secteurs	61
Récapitulatif des écarts et des remarques.....	64
Écarts	64
Remarques	66
Conclusion.....	68
Glossaire	69
Annexes	70
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	Erreur ! Signet non défini.

Synthèse

Données générales sur l'établissement

Nom	Le Trèfle Bleu	Capacité hébergement permanent	24
Adresse	152 rue Cardinet	Places habilitées aide sociale	0
Arrondissement	75017	Présence d'une UVP	NON
Gestionnaire	Le Trèfle Bleu (Groupe Age d'Or)	Places en UHR	0
Statut juridique	SARL (Privé lucratif)	Places en PASA	0

L'établissement n'a pas signé de CPOM.

Éléments déclencheurs de la mission

Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V 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 le contrôle des EHPAD parisiens.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée de façon inopinée le 21 mars 2023 par l'ARS et la Ville de Paris.

L'analyse a porté sur les constats faits sur place, les entretiens menés le jour de l'inspection ou les jours qui ont suivi et sur l'analyse des documents. La quasi-totalité des documents demandés a été transmise par la Direction de l'établissement et dans les délais impartis.

Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et les principaux points positifs et les remarques ont porté sur les thématiques suivantes :

Points positifs de l'établissement relevés par la mission

GOUVERNANCE

1. Conformité aux conditions d'autorisation

Le taux d'occupation de l'établissement est satisfaisant puisqu'il est de 90 %, sans être suffisant.

L'accueil des résidents est conforme à la réglementation et très satisfaisant : ● % des résidents sont en GIR 1, 2 et 3 (● % sont en GIR 1 et 2), donc une population très dépendante.

2. Management et Stratégie

L'établissement s'est doté d'outils de management, notamment par la rédaction :

- d'un règlement de fonctionnement,
- d'un projet d'établissement,
- d'un plan bleu.

3. Animation et fonctionnement des instances

Le Conseil de la Vie Sociale a été mis en place.

4. Gestion de la qualité

La politique de bientraitance repose principalement sur la formation du personnel, notamment l'équipe soignante, et la diffusion d'un livret auprès des salariés.

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

La Direction organise des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles annuellement.

FONCTIONS SUPPORT

1. Gestion des ressources humaines

L'établissement s'est doté d'un véritable plan de formations annuel ambitieux.

Des fiches de postes et des fiches de tâches heurées ont été rédigées pour une partie des professionnels.

PRISE EN CHARGE

1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

Implication forte de la psychologue et de la psychomotricienne dans l'élaboration des projets d'accompagnement personnalisés.

2. Respect des droits des personnes

La Charte des droits et libertés est consultable à l'accueil et annexée au contrat de séjour.

3. Soins

Il existe une procédure sur le circuit du médicament et les relations avec l'officine sont clairement formalisées.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

L'établissement est concerné par 5 écarts majeur, 45 écarts et 42 remarques.

Ecarts majeurs :

- L'organisation établie laisse apparaître une présence d'un seul salarié pendant la nuit, ce qui met en jeu la sécurité des résidents. Article 311-3° du CASF.
- L'absence de circuit de sauvegarde des DLU, ou de sortie papier organisée ne permet pas de garantir la continuité des soins en cas de panne informatique et contrevient à l'article L311-3 3° du CASF (PEC et accompagnement de qualité).
- L'établissement ne dispose pas d'une balance en permanence pour la pesée des résidents ce qui contrevient à l'article L.1110-1-1 CSP.
- L'identitovigilance des traitements n'est pas mise en place au sein de la résidence ce qui contrevient à l'article R.4311-4 du CSP.
- Le sac à dos d'urgence de l'établissement n'est pas scellé le jour de l'inspection et son contenu n'est pas complet. De plus, les équipes n'en connaissent pas le contenu et son utilisation ce qui contrevient aux articles D312-158 13° et L311-3 1° du CASF.

Ecarts :

- Le règlement de fonctionnement n'est pas conforme à la réglementation et contrevient aux articles R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF).
- Le plan bleu n'est pas suffisamment détaillé sur la gestion des crises en particulier sur l'évacuation de l'établissement, les défaillances énergétiques, les risques infectieux, etc. et contrevient à l'Arrêté du 7 juillet 2005, modifié 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.
- La directrice de l'EHPAD n'est pas titulaire d'une certification de niveau 1 (BAC +5), contrairement aux dispositions de l'article D. 312-176-6 du CASF.
- Au vu du nombre de personnes accueillies, le temps de travail du MedCo n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.
- La composition du CVS n'est pas conforme à l'article D311-9 du CASF.
- La politique de déclaration interne des événements indésirables n'est pas développée au sein de l'EHPAD, ce qui ne participe pas à l'exhaustivité des déclarations qui auraient dû être faites aux autorités compétentes au titre de l'article L. 331-8-1 du CASF.
- Il n'y a pas de plan d'actions en matière d'amélioration continue de la qualité ce qui contrevient à l'article L312-8 du CASF.
- La direction ne dispose pas d'un outil permettant de suivre les ETP des salariés présents. (L.311-3° CASF).
- Le dossier médical du patient ne doit pas être conservé avec son dossier administratif en raison des données confidentielles qu'il contient et du secret médical ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
- L'absence de réunion de la commission de coordination gériatrique contrevient à l'article D312-158 3° du CASF.
- La plupart des protocoles de l'établissement, transmis à la mission sont bien trop anciens pour assurer une prise en charge des résidents de qualité et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité).

Remarques :

- Il n'existe pas de formalisation des astreintes avec une procédure rédigée et un calendrier préétabli. De plus, les professionnels d'astreintes sont contraints d'utiliser leur téléphone privé.
- Les enquêtes de satisfaction ne sont pas suivies ni analysées.
- Il n'est pas désigné de référent pour les résidents de l'établissement entraînant une non-référence PAI par résident.

Les écarts et les remarques, à l'issue d'une phase contradictoire, feront l'objet de mesures annexées à la lettre définitive adressée à l'établissement. Ceux-ci devront être corrigés dans les délais définis par les autorités de contrôle qui assureront un suivi de leur mise en œuvre.

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

Les informations connues par l'ARS et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD LE TREFLE BLEU, situé au 152 rue Cardinet – 75017 Paris, n°FINESS 750041030, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

Le contrôle de cet établissement, diligenté à ce titre sur le fondement de l'article L.313-13. V 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

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le 21 mars 2023, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée)

Il a été réalisé conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et a porté sur les thématiques suivantes :

GOUVERNANCE

1. Conformité aux conditions de l'autorisation ou de la déclaration
2. Management et Stratégie
3. Animation et fonctionnement des instances
4. Gestion de la qualité
5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

FONCTIONS SUPPORT

1. Gestion des ressources humaines
2. Gestion d'information
3. Bâtiments, espace extérieurs et équipement
4. Sécurités

PRISE EN CHARGE

1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
2. Respect des droits des personnes
3. Vie sociale et relationnelle
4. Vie quotidienne - Hébergement
5. Soins

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

1. Coordination avec les autres secteurs

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

Présentation de l'établissement

Situé au 152 rue Cardinet – 75017 Paris, l'EHPAD Le Trèfle Bleu est géré par le groupe l'Age d'Or situé 8, quai Bir Hakeim, 94410 Saint Maurice.

Ouvert le 1^{er} septembre 2000, l'EHPAD Le Trèfle Bleu dispose de 24 places en hébergement permanent. Il n'est pas habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

Selon les validations effectuées en 2020, le GMP s'élève à [REDACTED] et le PMP à [REDACTED]¹. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles au-dessus des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés.

Les 20 résidents accueillis en 2023 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD N, 2023	[REDACTED]%	[REDACTED]%	[REDACTED]%	[REDACTED]%	[REDACTED]%
IDF ²	18%	40%	18%	17%	7%

Selon les chiffres de l'EPRD 2023, le total des charges au titre de l'hébergement est de 951 174,48 € et le total des produits au titre de l'hébergement est de 1 197 918,48 €

Le budget de fonctionnement en 2022 est de 451 489,07 € au titre du soin.

Le CPOM est en cours de négociation. La 1^{ère} réunion de négociation a eu lieu le 21 novembre 2022.

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

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

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Le Trèfle Bleu		
Nom de l'organisme gestionnaire	L'Age d'Or		
Numéro FINESS géographique	750041030		
Numéro FINESS juridique	750026288		
Statut juridique	EHPAD privé à but lucratif		
Option tarifaire	Tarif partiel		
PUI	Non		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ³
	HP	24	20
	HT	0	
	PASA	0	
	UHR	0	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	Aucune		

	Année 2020
PMP Validé	
GMP Validé	

³ Au jour du contrôle sur place

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
- Sans objet, noté « SO » : point non mis en œuvre au niveau de l'établissement

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
	Le statut juridique de la structure	
1.1.1.1	Il s'agit d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) privé à but lucratif. Il appartient au groupe l'« Age d'or » qui dispose de 4 établissements en Ile de France et 1 établissement hors de l'Ile de France dans le centre val de Loire. L'établissement a reçu l'agrément pour la gestion d'un établissement pour personnes âgées le 24 août 1998. L'arrêté d'autorisation de transformation en EHPAD a été signé le 20 février 2007 avec une capacité autorisée de 24 lits.	
	La conformité aux conditions de l'autorisation	
1.1.1.2	L'EHPAD est conforme aux conditions de l'autorisation avec un nombre de places autorisées de 24 lits. Il ne dispose pas de PASA ni d'UHR et d'UVP. Il ne dispose pas non plus d'accueil de jour. Le jour de l'inspection, 20 résidents étaient hébergés soit un taux d'occupation de 90%.	
1.1.1.5	Le Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyen (CPOM) Le CPOM est en cours de négociation. La 1ère réunion de négociation a eu lieu le 21 novembre 2022. L'inspection permettra de travailler sur de nouveaux objectifs CPOM.	
1.1.2.2	Le projet de service PASA et/ou UHR L'établissement ne dispose pas de PASA ni d'UHR.	
	Les caractéristiques de la population accueillie	
1.1.3.1	Au jour de l'inspection, 20 résidents sont accueillis au sein de l'établissement. L'état de dépendance des résidents est réparti comme suit : • • • • •  Le résident le plus jeune est âgé de 75 ans et le plus âgé a 97 ans. La moyenne d'âge s'élève à 90 ans.	

Management et Stratégie

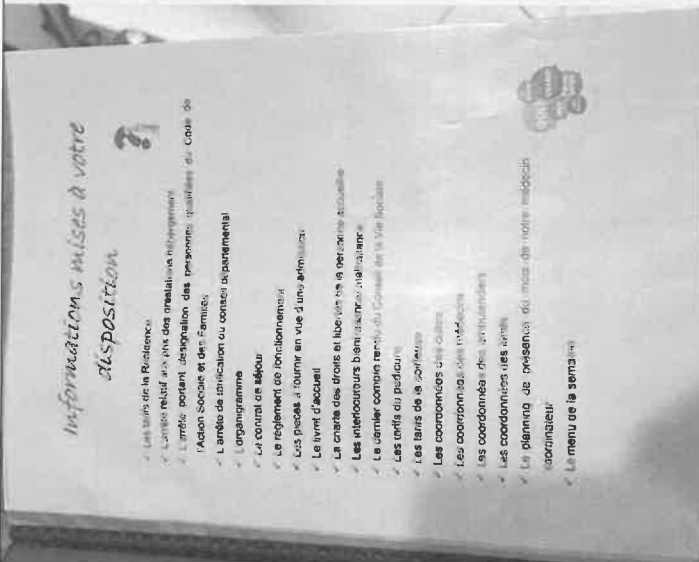
N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement Le règlement de fonctionnement transmis au format Word fait 11 pages. Il n'est ni signé, ni daté. Il est essentiellement composé de parties juridiques mais ne fait pas l'objet d'une appropriation propre à l'établissement.	
1.2.1.2	Le compte-tenu du règlement de fonctionnement Il ne comporte pas de précision sur les sanctions en cas de faits de violence sur autrui. Il ne comporte pas non plus d'information sur les temps de réunion, les transmissions, l'accueil des nouveaux professionnels, et l'évaluation des pratiques professionnelles. Ce règlement de fonctionnement est très succinct et nécessite d'être complété.	Ecart n°1 : Le règlement de fonctionnement n'est pas conforme à la réglementation et contrevient aux articles R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF).
1.2.1.4	Le projet d'établissement Le projet d'établissement est formalisé et a été transmis à l'ARS. La version transmise à la mission est au format Word et non signée. Il est rédigé pour la période de 2019 à 2024 et comporte 17 pages.	
1.2.1.5	Le contenu du projet d'établissement Il n'est pas complet. Il manque les éléments suivants : • Le projet général de soins incluant la prise en charge médicamenteuse. • L'évaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs.	Remarque n°1 : Le projet d'établissement ne contient pas de fiches action et ne permet pas de mettre en évidence la façon dont il est approprié par les salariés.
1.2.1.6	Le plan bleu L'établissement a bien fourni un plan bleu à la mission. Il est au format Word non daté et non signé. Il comporte seulement une date mise à jour à novembre 2022. Il comporte 24 pages. Le contenu du plan bleu Il ne comporte pas de : • Procédure en cas de rupture de flux (électricité, eau potable, etc.) ; • Procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement ; • Procédure de rappel du personnel ; • Procédure de gestion des décès massifs ; • Procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu.	Ecart n°2 : Le plan bleu n'est pas détaillé sur la gestion des crises en particulier sur l'évacuation de l'établissement, les défaillances énergétiques, les risques infectieux, etc. et contrevient à l'Arrêté du 7 juillet 2005, modifié 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.
1.2.2.1	La direction de l'établissement Il y a une directrice en poste dans l'établissement. Il existe un organigramme de la structure qui a été fourni à la mission. Il n'est pas daté et ne laisse pas apparaître ni les liens hiérarchiques ni les liens fonctionnels. Les ETP des postes n'y sont pas non plus inscrits. Cet organigramme ne permet pas de comprendre l'organisation générale de l'établissement.	Remarque n°2 : L'organigramme transmis à la mission ne fait pas apparaître les liens hiérarchiques ni fonctionnels et ne présente pas le nombre d'ETP par poste.
1.2.2.2	Les réunions de direction Il n'existe pas de réunion (CODIR, COMEX, COPIL, etc.) formalisées ni de compte-rendu lorsqu'elles ont lieu.	Remarque n°3 : Il n'y a pas de réunion de direction (CODIR, COPIL, COMEX, etc.) au sein de l'IEHPAD, ce qui fragilise la continuité de fonctionnement de l'IEHPAD et la réalisation des actions d'amélioration de la qualité.
1.2.2.3	Les conflits entre direction et personnel Il n'y a pas de signes de conflits majeurs même si la consultation des dossiers du personnel a permis de constater plusieurs procédures disciplinaires avec des mises à pied. La mission remarque également qu'il y a peu de rotations des personnels et peu d'absentéisme.	
1.2.2.5	Les relations entre le directeur et l'organisme gestionnaire Il n'y a pas de formalisation dans les relations entre la directrice et le groupe Age d'Or, mais au jour de l'inspection, la responsable de secteur était bien présente. Il n'y a pas de démarche qualité. Les RH sont gérées au niveau du siège à l'exception des recrutements et des remplacements ce qui permet une souplesse pour les remplacements en cas d'absence. Il manque une structuration de l'organisation RH. Les dossiers des salariés sont entreposés au siège. La mission s'interroge sur la pertinence de cette organisation de la gestion administrative des ressources humaines.	Remarque n°4 : L'organisation RH telle que présentée manque de structuration.
1.2.2.6	La directrice de l'établissement	

	La directrice présente au jour de l'inspection a pris ses fonctions en novembre 2009. Le contrat de la directrice a été fourni à la mission. Sur ce contrat, établi le 19 novembre 2019, il est mentionné qu'elle est engagée en qualité de « responsable d'établissement et infirmière référente ». L'équivalent temps plein de ce poste est de 35h par semaine soit un temps complet. La directrice n'exerce pas dans plusieurs établissements. Une liste de missions non exhaustive afférentes au poste de responsable d'établissement et d'infirmière référente sont listées dans le contrat de travail. Liste non exhaustive des missions de Directrice : • Gestion du Personnel • Gestion des Relations avec les autorités de tutelle • Gestion des relations avec les résidents et leurs familles • Gestion des risques d'Hygiène et de Sécurité • Maintenir un taux d'occupation le plus élevé possible La directrice dispose également d'une fiche de poste et d'une lettre de mission La fiche de poste est cohérente avec la délégation accordée.	
1.2.2.7	Les diplômes de la directrice Les diplômes de la directrice ne sont pas réglementaires. En effet, elle dispose d'un diplôme d'état d'infirmière mais d'aucun autre diplôme qui lui permettrait d'exercer des fonctions d'encadrement.	Ecart n°3 : La directrice de l'EHPAD n'est pas titulaire d'une certification de niveau 1 (BAC +5), contrairement aux dispositions de l'article D. 312-176-6 du CASF.
1.2.2.8	Les astreintes de l'établissement Il n'existe pas d'astreinte avec un planning organisé. Les collaborateurs en cas de besoin appellent soit la directrice, soit la gouvernante qui sont de fait tout le temps d'astreinte, de jour, comme de nuit. Elles n'ont pas de téléphone professionnel ni de rémunération spécifique. La directrice et la gouvernante sont d'astreinte 1 weekend sur 2.	Remarque n°5 : Il n'existe pas de formalisation des astreintes avec une procédure rédigée et un calendrier préétabli. Les professionnels d'astreintes sont contraints d'utiliser leur téléphone privé.
1.2.2.9	La présence de la directrice au jour de l'inspection La directrice était présente le jour de l'inspection. En cas d'absence de la directrice, c'est la gouvernante qui prend le relai. Et en cas d'absence de ces deux professionnelles, c'est la directrice de secteur qui prend le relai. Cette organisation est connue des équipes, mais non formalisée.	

1.2.2.10	La délégation de direction Un document unique de délégation a été transmis à la mission. Il est daté du 19 novembre 2019 et signé par les deux parties. Le contenu est le suivant : - Article 1 : Nature et référence de la délégation - Article 2 : Identification du délégant et du délégataire - Article 3 : Condition de la délégation - Article 4 : Champ de délégation		
1.2.2.12	L'Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice Comme mentionné précédemment, la directrice a également pour poste celui d'infirmière référente. L'établissement ne dispose donc pas d'infirmière coordinatrice. Compte-tenu de son nombre de place, cela ne va pas à l'encontre de la réglementation. L'infirmière référente ne dispose d'aucune qualification lui permettant d'exercer des fonctions d'encadrement.	Remarque n°6 : L'IDEC/DIR ne dispose pas de formation relative à ses fonctions au sein de l'EH PAD ce qui fragilise la coordination entre les professionnels soignants et limite l'évaluation des bonnes pratiques en matière de soins et de promotion de la bientraitance.	
1.2.2.13	La fiche de poste de l'IDEC Les missions de l'infirmière référente sont listées de façon non exhaustive dans son contrat de travail : Aucune fiche de poste ne lui a été remise pour ce poste. L'absence de fiche de poste clairement rédigée, fragilise le fonctionnement de l'établissement en matière de manque de coordination managériale et de qualité de la prise en charge soignante des résidents.	Liste non exhaustive des missions de l'IDEC : - Participer à l'élaboration du projet d'établissement, en particulier à l'élaboration du projet de vie personnalisé et de soins et assurer le relais dans la mise en œuvre des différents objectifs ; - Participer à la mission de liaison et de coordination entre la direction de l'établissement, les résidents, l'équipe médicale et paramédicale de l'établissement, l'équipe hôtelière, les intervenants extérieurs et les familles ; - Veiller au respect de la charte de la personne âgée accueillie dans l'établissement et de la mise en œuvre des bonnes pratiques professionnelles ; - Assurer et/ou participer à la gestion des aspects administratifs et logistiques liés à la prise en charge des résidents. - Être garant du circuit du médicament - Encadrer l'équipe soignante (infirmiers, aides-soignants, aides-médon-psychothèque, auxiliaires de vie) - Être le responsable du Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI) - Assurer le suivi des différents objectifs déterminés par la convention tripartite ainsi que les évaluations internes et externes	
1.2.2.14	La Médecin Coordinateur Le poste de médecin coordonnateur est vacant au sein de l'EH PAD. Il existe cependant, un médecin coordonnateur en charge de l'établissement qui n'est pas salarié de l'établissement. Elle est salariée d'un hôpital qui la met à disposition au sein de l'EH PAD en échange d'une rémunération. Il a donc été signé entre l'hôpital et l'EH PAD une convention relative à l'intervention d'un médecin coordonnateur du pôle médical de l'hôpital.	Ecart n°4 : Au vu du nombre de personnes accueillies, le temps de travail du MedCo mis à disposition par le groupe hospitalier, n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF	

	Cette convention est conclue pour une durée de 4 mois, éventuellement renouvelable. Elle a été signée le 9 novembre 2022. La facturation s'effectue à la demi-journée hors déplacement. Cette médecin intervient pour l'EHPAD 3h30 par semaine à distance + un déplacement de 3h30 (de 15h à 18h30) par mois. Elle n'assure donc aucune astreinte médicale et son temps de présence n'est pas conforme à la réglementation.	Ecart n°5 : L'absence de médecin coordonnateur au sein de l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD (poste vacant) contrevient aux articles D312-155-0 et D312-156 du CASF
1.2.2.15	Le diplôme de la médecin coordonnatrice La médecin coordonnatrice dispose bien d'un diplôme de médecin coordonnatrice.	
1.2.2.17	Le contrat entre la Médecin coordonnatrice et la directrice CF. point 1.2.2.14	

	Les affichages Les affichages sont présentés dans un lutin à l'entrée de la résidence. Il manque : • Le résultat de la dernière enquête de satisfaction Les autres affichages réglementaires sont bien présents et facilement accessibles.	
--	---	--

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
1.3.3.1	Le Comité de Vie Sociale La dernière réunion du CVS s'est tenue le 1^{er} octobre 2022 (deux réunions ont eu lieu en 2022). Le précédent datait de janvier 2022. Selon les comptes rendus fournis à la mission, sont présents la directrice et une représentante des familles. Il n'y a aucun représentant de résident ni même de résident. Les compte-rendu transmis au format Word ne sont pas signés. Selon les échanges avec la direction, de nouvelles élections doivent être organisées. Il y a une représentante des familles mais pas des hébergées. De nouvelles élections doivent être organisées. Il n'y a pas de calendrier d'établissement ni d'ordre du jour.	
	Dans le compte-rendu de la réunion de janvier de 2022, deux sujets ont été abordés : • L'établissement • Les travaux	Ecart n°6 : La composition du CVS n'est pas conforme à l'article D311-9 du CASF.
	Dans le compte-rendu de la réunion d'octobre 2022, les sujets suivants ont été abordés : • L'établissement • La COVID • Les repas • Les animations	Ecart n°7 : La fréquence des réunions du CVS n'est pas conforme à l'article D311-16 du CASF.
	Lors des trois réunions CVS qui se sont tenues en 2021, les trois mêmes sujets abordés étaient : • L'établissement • Bilan pandémie COVID 19 • Travaux	Remarque n°7 : L'absence de diffusion du planning et des ordres du jour des CVS ne permettent pas une participation de qualité de ses membres.
1.3.3.2	Bilan des EI/EIG et dysfonctionnements dans les CVS Selon les compte-rendu transmis, le bilan des EI/EIG et des dysfonctionnements au sein de l'établissement ne sont pas abordés lors des réunions CVS.	Ecart n°8 : 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.

Gestion de la qualité

N° IGAS	Observations ou commentaires	E/R
1.4.1.1	Les professionnels référents et la responsable qualité La responsable de secteur est désignée comme responsable qualité. Aucun autre professionnel de l'établissement est désigné référent quel que soit le domaine. Lors des entretiens, les professionnels ne connaissent pas la responsable qualité de l'établissement.	Remarque n°8 : La responsable qualité n'est pas connue des autres professionnels de l'établissement.
1.4.1.7	La politique qualité Il n'existe pas au sein de l'établissement de politique de la qualité ni de protocole ou démarche mises en place. Aucun plan d'amélioration continue de la qualité n'a été construit.	Ecart n°9 : Il n'y a pas de plan d'actions en matière d'amélioration continue de la qualité ce qui contrevient à l'article L312-8 du CASF.
1.4.2.1	L'évaluation externe La dernière évaluation externe transmise est en date de 2014 et n'est donc pas à jour, puisqu'elle aurait dû être refaite en 2019.	Ecart n°10 : Le dernier rapport d'évaluation externe a été établi il y a plus de 5 ans, ce qui le rend obsolète et contrevient à l'article L.312-8 du CASF.

1.4.3.1	La 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 n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil. Il existe un livret de bien-être et bientraitance de 6 pages mais non daté ni signé. Il reprend de façon succincte les points suivants : Accueillir : Le résident est une personne Le résident est une personne libre L'expression de notre respect pour sa personne Le résident est une personne adulte Le résident est une personne globale La liberté d'expression : Le respect de l'intimité L'expression de notre respect du corps nu L'expression de notre respect du corps vêtu Le respect de l'intimité de la chambre Rencontrer : Se mettre en position de rencontre Les mots pour rencontrer Les gestes pour rencontrer Les regards pour rencontrer Les attitudes pour rencontrer Les déplacements : Le bon usage des fauteuils roulants Nos mouvements Servir : Le confort environnemental La lumière La température La propreté La tenue des collaborateurs Un climat de sécurité	Remarque n°9 : La mission n'a reçu aucun élément permettant de s'assurer du bon déroulement des formations sur la bientraitance. Remarque n°10 : Il n'existe aucune procédure permettant le signalement en cas d'agression ni de plan de soutien aux professionnels.
---------	--	--

	Prendre soin - Entendre la plainte et la demande - Les décisions de soins - Les vulnérabilités de la personne âgée - L'incontinence - La toilette - Les repas La contention Sur le plan de formation 2022-2023, une formation annuelle sur la bientraitance est programmée. Aucune attestation de formation ni de feuille d'émargement n'a été transmise à la mission. Cela est mentionné dans le RAMA 2021. Les numéros d'appel pour les victimes sont bien affichés dans le lutin d'accueil situé à l'entrée de l'établissement. Il n'existe pas de procédure de signalement en cas d'agression ni de plan de soutien aux professionnels.		
1.4.3.2	La gestion et le signalement de situations de violences ou harcèlements sexuels Dans les éléments transmis à la mission, aucun ne permettent de connaître l'organisation et la gestion des situations de violences ou de harcèlement sexuels qui pourraient avoir lieu au sein de la résidence. Aucun signalement de la sorte qui aurait pu être transmis aux autorités judiciaires ou même de tutelle n'ont été transmis à la mission ce qui contrevient à l'article L 331-8-1 du CASF.		

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
1.5.1.1	Les enquêtes de satisfaction, les plaintes et réclamations Il existe un questionnaire de satisfaction pour 2021 et 2022. Cinq questionnaires 2022 et 3 questionnaires 2021 répondus par les résidents ont été transmis à la mission. Ils reprennent les points suivants : • Identité du résident mais il est précisé que les réponses peuvent rester anonyme Axe 1 : La garantie des droits individuels et collectifs • La restauration • Le linge • Les prestations Axe 2 : La prévention des risques liés à la santé des résidents • Les soins Axe 3 : Le maintien des capacités dans les actes de sa vie quotidienne Axe 4 : La personnalisation de l'accompagnement • L'animation • Informations d'ordre général Le résident est invité à cocher pour chaque item la case : - Très satisfait - Satisfait - Peu satisfait - Pas satisfait - Sans opinion/non concerné Les éléments signalés dans ces questionnaires ne font pas l'objet d'une rédaction systématique d'une réponse écrite au déclarant ni de la réalisation d'un suivi et d'un bilan.	Remarque n°11 : Il n'est pas mis à disposition de cahier de recueil des réclamations et /ou doléances des résidents et des familles. Remarque n°12 : Les enquêtes de satisfaction ne sont pas suivies ni analysées.
1.5.1.3	Il n'est pas mis à disposition des familles un cahier permettant de recueillir leurs plaintes et/ou réclamations. Un protocole de signalement des EI a été transmis à la mission dont la date de mise à jour est au 1^{er} janvier 2020. Il reprend les points suivants : • Définition • Objectifs • Procédure Avec en annexe la fiche de signalement d'un événement indésirable qui comprend les points suivants : • Personne déclarante • Contexte de l'évènement	Ecart n°11 : La politique de déclaration interne des événements indésirables n'est pas développée au sein de l'EHPAD, ce qui ne participe pas à l'exhaustivité des déclarations qui auraient dues être faites aux

N° IGAS	Observations ou commentaires	E/R
	• Personne concernée • Description des faits • Descriptions des conséquences • Mesures prises immédiatement • Actions correctives à mettre en œuvre • Liste des événements indésirables • Accusé de réception • Conséquence du signalement Les professionnels n'ont pas été formés à l'utilisation de cette déclaration. Elle n'est pas utilisée car non appropriée par l'ensemble des professionnels de l'établissement.	autorités compétentes au titre de l'article L. 331-8-1 du CASF.
1.5.1.5	Il n'existe aucune modalité de suivi ni analyse ni RETEX des événements indésirables.	Ecart n°12 : L'établissement n'a pas mis en place un suivi et un bilan des EIG dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité, ce qui contrevient aux articles L331-8-1 et R331-8 et -9 du CASF.
1.5.1.6	Il n'a été transmis à la mission aucun signalement des événements indésirables effectués auprès des autorités compétentes. En ne déclarant pas aux autorités administratives compétentes la totalité des dysfonctionnements graves dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées, l'établissement contrevient à L. 331-8-1 du CASF.	
1.5.1.7	Il n'existe pas de procédure de gestion des événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse.	Remarque n°13 : Il n'existe pas de procédure de déclaration et gestion des EI liés au circuit du médicament.

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R																							
2.1.1.1 Les effectifs Au jour de l'inspection, le nombre de salariés présents dans l'établissement, selon la liste fournie par la direction, est de 31 salariés. La répartition des professionnels est : <table><tr><td>Agent entretien</td><td>1</td></tr><tr><td>Agent service Hôtelier</td><td>4</td></tr><tr><td>Cuisinier</td><td>2</td></tr><tr><td>Animatrice</td><td>1</td></tr><tr><td>Auxiliaire de vie</td><td>9</td></tr><tr><td>AES</td><td>2</td></tr><tr><td>AS</td><td>4</td></tr><tr><td>IDE</td><td>4</td></tr><tr><td>Psychomotricien</td><td>1</td></tr><tr><td>Psychologue</td><td>1</td></tr><tr><td>Direction</td><td>2</td></tr><tr><td>Total</td><td>31</td></tr></table> Les documents fournis n'ont pas permis d'établir une liste des salariés par ETP. La répartition de ces professionnels en fonction de leur date d'entrée dans l'établissement est la suivante (ci-contre) : Il est possible de relever la répartition suivante par années de recrutement : - 25,8 % recrutés entre 2004 et 2012, - 22,6 % recrutés entre 2015 et 2019, - 32,3 % recrutés entre 2020 et 2022, - 19,4 % recrutés en 2023. Il est à noter que 51,7 % des salariés sont présents depuis au moins trois ans dans l'établissement. L'équipe, composée majoritairement de salariés entrés récemment dans l'établissement, n'est pas stabilisée. L'établissement accueille deux élèves infirmiers en stage du 13 février au 22 avril 2023 de deux instituts de formation en soins infirmiers.	Agent entretien	1	Agent service Hôtelier	4	Cuisinier	2	Animatrice	1	Auxiliaire de vie	9	AES	2	AS	4	IDE	4	Psychomotricien	1	Psychologue	1	Direction	2	Total	31	Ecart n°13 : La direction ne dispose pas d'un outil permettant de suivre les ETP des salariés présents. (L.311-3° CASF) Remarque n°14 : L'équipe n'est pas stabilisée et près de la moitié des salariés sont présents dans l'établissement depuis moins de trois ans. (D.312-155-0 CASF & L.311-3° CASF)
Agent entretien	1																								
Agent service Hôtelier	4																								
Cuisinier	2																								
Animatrice	1																								
Auxiliaire de vie	9																								
AES	2																								
AS	4																								
IDE	4																								
Psychomotricien	1																								
Psychologue	1																								
Direction	2																								
Total	31																								

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
Le mode de recrutement des salariés	La majorité des salariés est en CDI. [redacted] Selon leurs fonctions, ils se répartissent de la façon suivante : [redacted] L'établissement emploie aussi des contrats courts pour assurer des remplacements ponctuels dont la durée varie d'une demie journée (4 heures) à 3 mois et demi en continu. Ce sont des salariés qui ont été recrutés sous cette forme en 2021, ils sont [redacted] en 2022, dont [redacted] déjà présents l'année précédente. Au jour de l'inspection, ce sont 12 salariés recrutés en contrat court depuis le début d'année 2023, dont 7 étaient déjà venus dans l'établissement l'année précédente. Parmi ces salariés recrutés pour des missions ponctuelles, certains sont recrutés sur des contrats à durée limitée plus longs. Ils sont 2 en 2021, ils sont 4 en 2022 et sont toujours présents dans l'établissement en mars 2023.	

2.1.1.6

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
2.1.1.7	Les dossiers du personnel La mission d'inspection a pu consulter 13 dossiers, ceux-ci sont organisés en trois chemises : - Arrêts maladie / Maternité / Accident de travail, - Contrat / Correspondance (attestations formation, justificatifs d'absence, Rib...), - Remboursement prévoyance. Il est à noter que certains documents sont non classés et se trouvent tels quels dans le dossier, notamment des copies de bulletins de salaire. Dans tous les dossiers il a été possible de trouver le contrat signé du salarié. Les anciens contrats étaient plus complets, les nouveaux contrats tiennent sur une seule page. Les dossiers ne sont pas complets puisqu'il a été possible de noter que selon le dossier il manque les pièces suivantes : - Pièce d'identité ou titre de séjour, - Extrait de casier judiciaire, - Diplôme, - Inscription ordinaire pour les infirmiers, - Dossier de formation continue. Les pièces suivantes ne sont présentes dans aucun dossier consulté : - Fiche de poste, - Entretien d'évaluation. Les salariés ne disposent pas de fiche de tâches heureées.	Remarque n°15 : La direction n'a pas rédigé de fiches de postes pour toutes les catégories de professionnels de l'établissement. Remarque n°16 : La direction n'a pas rédigé de fiches de tâches heureées pour toutes les catégories de professionnels de l'établissement. Ecart n°14 : La direction n'a pas formalisé les entretiens professionnels annuels ce qui contrevient à l'article L.6315-1 code du travail. Remarque 17 : La direction ne s'est pas assurée de l'inscription ordinaire des infirmiers. Remarque n°18 : Les dossiers du personnel ne sont pas complets et ne contiennent pas toutes les pièces réglementaires nécessaires.
2.1.1.8	Les professionnels extérieurs L'établissement a recours à cinq professionnels extérieurs qui exercent en libéral et interviennent ponctuellement : • Deux masseurs kinésithérapeutes, → Dont la convention a été transmise à la mission • Deux orthophonistes, → Pas de convention La mission n'a pas consulté les dossiers de ces professionnels. Il n'a pas été possible de vérifier que l'établissement a répertorié les diplômes et les inscriptions à l'ordre ou au fichier ADELI de ces professionnels.	Ecart n°15 : L'établissement n'a pas constitué de dossier pour les professionnels qui interviennent dans l'établissement ce qui contrevient aux articles L.133-6 du CASF, D.312-155-0 du CASF, L.312-1 II 4° du CASF

N°[GAS	Observations ou commentaires	E/R
2.1.2.1	Le plan de formation L'établissement dispose d'un plan de formation établi pour cinq ans, soit de 2022 à 2026. Celui-ci est organisé en cinq axes qui sont : - Axe 1 : la garantie des droits individuels, - Axe 2 : la prévention des risques liés à la santé, - Axe 3 : le maintien de l'autonomie - Axe 4 : la personnalisation de l'accompagnement, - Axe 5 : l'accompagnement de fin de vie. Ces axes sont complétés par une offre de formation pour laquelle une fréquence est indiquée et qui varie d'un an à cinq ans. Les axes 3 à 5 contiennent peu de formations, une voire deux. En revanche, l'axe 1 propose cinq formations et l'axe 2 seize. Ce sont au total 24 formations qui sont proposées dans ce plan. Il est possible de trouver notamment les thèmes suivants selon les axes : - Axe 1 : - La bientraitance, - L'AFGSU. - La contention physique passive. - Axe 2 : - Prévention et prise en charge de la dénutrition / déshydratation, - Prévention et prise en charge des troubles de l'humeur et comportement, - Prévention et prise en charge des chutes, - Dépistage et prise en charge de la douleur, - Prévention et prise en charge des escarres, - Prévention et prise en charge des infections liées aux soins, - Prévention et prise en charge des infections liées à Alzheimer, - Accompagnement d'un résident Alzheimer, - Bonne utilisation des produits d'entretien et respect du plan de nettoyage, - Logiciel [REDACTED] - Axe 3 : - Le simulateur du vieillissement, - Axe 4 : - Le maintien des liens sociaux, - La place des familles en institution. - Axe 5 : - L'accompagnement de fin de vie. Sur l'ensemble des formations, l'établissement fait appel à des prestataires extérieurs et à des professionnels en interne. Interviennent notamment dans les formations le Medco, la psychologue et la psychomotricienne. Sur l'année 2022, ce sont six formations qui ont été réalisées. Le plan indique également que quatre formations ont été réalisées en 2020 et une en 2021. Le prévisionnel sur les années couvertes par le plan prévoit la réalisation de 45 formations. Pour l'année 2023, seule la formation de la prise en charge des plaies et la cicatrisation a pu être programmée en mars, dont une attestation de formation pour un agent a été fournie. En 2022, selon les documents fournis, ce sont treize agents qui ont pu suivre la formation sur la bientraitance réalisée en interne. Et deux agents ont suivi la formation sur le bio-nettoyage. Le plan de formation n'inclut pas de formation diplômante.	

N° IGAS	Observations ou commentaires	E/R
2.1.2.3	La mobilité professionnelle des agents L'aide à la mobilité des professionnels n'est pas prise en compte dans le plan de formation. La direction n'a pas transmis de données écrites relatives à un accompagnement de la VAE. Un professionnel a pu être identifié dans les effectifs comme étant en démarche VAE, deux sont en démarche selon la direction. Ils sont accompagnés pour la constitution du dossier et la rédaction du livret 2.	Remarque n°19 : L'établissement ne s'est pas doté d'outils d'aide à la mobilité professionnelle par des formations diplômantes et une démarche d'accompagnement à la VAE identifiable.
2.1.2.5	L'accueil des nouveaux professionnels : L'établissement ne s'est pas doté d'un livret d'accueil pour l'arrivée des nouveaux professionnels. Il n'existe pas de procédure d'accompagnement par un pair ni de tutorat. Les entretiens ont permis de mettre en évidence qu'un accompagnement d'une semaine, pouvant être prolongé, est réalisé par un pair.	Remarque n°20 : L'établissement ne dispose pas d'un livret d'accueil pour les nouveaux professionnels ni d'une procédure d'accompagnement. (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 »)
2.1.3.1	Les temps d'échange : L'organisation de l'établissement n'intègre pas de temps d'échange formalisés, ceux-ci restent informels. La direction n'a pas mis en place de pratiques de soutien aux professionnels type analyse de pratiques ou groupes de parole. La direction n'a pas mis en place de démarche de questionnement éthique, une réunion mensuelle et animée par la psychologue permet de faire le point sur les situations des résidents.	Remarque n°21 : L'établissement ne s'est pas engagé dans une démarche qualité pour la prise en charge des résidents par l'organisation de temps d'échange formalisés, d'analyse de pratiques et de démarche de questionnement éthique. (Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022)

N° IGAS	Observations ou commentaires	E/R
2.1.4.1	Le planning Les plannings sont établis par la directrice en milieu de mois pour le mois suivant. Le planning est construit par catégorie professionnelle et par agent. Celui-ci est identifié par son prénom, sans nom de famille. Le planning n'indique aucune affectation puisque les professionnels, compte-tenu de la configuration des locaux, ne sont pas attachés à un étage. L'équipe présente se répartit la prise en charge des résidents tous les jours, environ 6/7 résidents par agent.	
2.1.4.5	La planification des professionnels La direction comprend la directrice proprement dite et la cheffe de l'équipe hôtelière. Elles sont présentes dans l'établissement par rythme alterné de trois à quatre jours et disposent au moins de deux jours de repos par semaine. Elles réalisent un week-end sur deux. En période de congés c'est la directrice régionale qui assure une permanence. En termes d'horaires, la directrice est présente de 9h à 17h ou de 11h à 19h et la cheffe de l'équipe hôtelière est présente en alternance avec la directrice sur les mêmes horaires. Lorsqu'elles sont seules, les horaires ne sont pas précisés. La psychologue est présente les lundis et jeudis. La psychomotricienne est présente les mardis (15h – 18h30) et les jeudis (14h30 – 18h). L'animatrice est présente les mardis (10h-12h), du mercredi au vendredi et les après-midis du samedi et dimanche un week-end sur deux. L'équipe soignante de jour est composée de 3 infirmiers, 3 aides-soignants et de 11 auxiliaires de vie. Pour les infirmiers, un seul est présent habituellement dans la journée. Une fois par semaine, deux infirmiers sont présents en décalé au niveau horaire (Matin / Après-midi). Pour les aides-soignants, deux sont présents habituellement en matinée et un l'après-midi. Un jour par semaine et un week-end sur deux un seul aide-soignant est présent sur la journée. Pour les auxiliaires de vie, il existe selon le planning sept profils horaires. Ceux-ci permettent une présence renforcée le matin, une seule présence l'après-midi et un renfort d'un auxiliaire de vie en soirée. L'organisation dominante prévoit un auxiliaire de vie de 8h à 14h, un second en matinée de 9h à 14h, un troisième en matinée de 9h à 13h et un quatrième de 18h à 20h. Les différents profils sont synthétisés dans le tableau ci-dessous, les pauses ne sont pas indiquées dans le planning, il n'a donc pas été possible à la mission d'inspection de saisir complètement l'organisation du temps de travail. Tous les codes utilisés dans le planning ne figurent pas dans la légende, il n'a pas été possible d'en comprendre le sens.	Remarque n°22 : L'établissement ne dispose pas d'un planning suffisamment fiable, l'outil doit être revu et consolidé pour permettre un suivi efficace des salariés présents. Remarque n°23 : L'établissement n'assure pas un remplacement systématique des absences ce qui met en jeu la sécurité des résidents.

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
2.1.4.2	Les fiches de postes L'équipe de soins dispose de fiches de poste pour trois professions, à savoir : l'infirmier, l'aide-soignant et l'agent de service hôtelier. L'accompagnant éducatif et social ainsi que l'auxiliaire de vie ne disposent pas de fiche de poste. La fiche de poste infirmier fait référence au code de la santé publique (articles R.4311-3 & 4 et à la section 1 du chapitre I du titre I du livre III (à compléter par la 4^{ème} partie – partie réglementaire). Son rôle y est décrit en trois points : - Rôle propre : responsabilité totale du dossier de soins, - Rôle de coordination : familles, équipes, intervenants extérieurs, médecin coordonnateur, - Rôle d'encadrement auprès des équipes. La fiche de poste d'aide-soignant reprend la définition du référentiel d'activité et les missions sont celles du référentiel de compétence du diplôme, à l'exception de l'ergonomie et de la relation-communication qui ne sont pas repris dans les missions. La mise en place et le suivi du projet personnalisé est introduit comme quatrième mission. Celles-ci n'ont pas été mise à jour à la suite de la parution du nouveau référentiel d'aide-soignant en 2021. La fiche de poste d'agent de service hôtelier cite les principales missions attendues : - Réaliser l'entretien quotidien de certain matériel, des locaux privatifs et collectifs ainsi que leur nettoyage à fond et leur hygiène par des moyens matériels et techniques adaptés, - Trier et évacuer les déchets courants, - Entretenir couramment le matériel de nettoyage, - Participer aux transmissions écrites et orales, - Contribuer au maintien de l'hygiène, - Contribuer au bien-être et au confort des résidents. La mission d'inspection n'a pu apprécier le rôle et les missions des accompagnants éducatifs et sociaux et des auxiliaires de vie, et en quoi ils diffèrent des aides-soignants et des agents de service hôtelier.	(Cf. Remarque n°15) (Cf. Remarque n°16)

Les fiches de tâches heurées

Pour l'équipe soignante, l'établissement s'est doté de fiches de tâches heurées pour les professionnels suivants : infirmier, aide-soignant et auxiliaire de vie.

La fiche de tâche heurée pour les infirmiers décrit les missions suivantes :

- 9h : prise de poste et prise en charge du téléphone pour les appels malades et appels extérieurs ;
- 10h-10h30 : pansements et toilettes avec aide des aides-soignants si besoin ;
- 12h : distribution des médicaments du midi en salle à manger et aux étages, si besoin aide des résidents ;
- 14h-15h : pause ;
- 15h : prise des constantes au besoin ;
- 15h30 : préparation des piluliers de la semaine / préparation des médicaments du soir / préparation des médicaments du matin / 1^{er} du mois : Uvedoses à distribuer ;
- 16h30 : aide pour la distribution du goûter ;
- 18h : distribution des médicaments en salle à manger / aide aux repas ;

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
	- 18h45 : transmissions écrites sur [REDACTED] ; - 19h : fin de journée. Pour les aides-soignants, il existe deux types de fiches S1 et S3. La première correspond à l'activité de 8h à 14h, la seconde à l'activité de 8h à 20h. Elles se distinguent par la présence de pauses pour la fiche S3. Les principales activités sont reprises ci-dessous : - 8h : prise de connaissance des transmissions, infos du jour et labo / prise en charge du téléphone pour les appels malades et appels internes, puis préparation des petits déjeuners et distribution avec médicaments ; - 9h : repartition des toilettes entre aides-soignants ; - 10h-10h30 : pause ; - Jusque 11h30 : aide à la toilette, puis transmissions IDE, noter selles sur diagrammes ; - 11h45 : descendre résidents à la salle à manger ; - 12h-12h15 : 1 AS en salle à manger, 1 AS distribue repas en chambre ; - 12h-13h : pause ; - 13h : monter les résidents en chambre, aider aux toilettes et effectuer changes ; - 14h : transmissions [REDACTED] et orales IDE / préparation chariot goûter ; - 15h : descendre résidents au salon (change si besoin, les préparer, refaire lits et pesée tous les 1^{er} du mois ; - 16h : servir le goûter ; - 16h30 : animation ou présence près des résidents ; - 17h-17h30 : pause ; - 17h30 : vaisselle du goûter ; - 17h45 : accompagner résidents qui dînent en chambre ; - 18h : descendre résidents pour dîner en salle à manger ; - 18h10 : aide au repas et monter les plateaux en chambre puis aide aux repas ; - (19h) : monter résidents en chambre, accompagner aux toilettes, change, petite toilette / transmissions [REDACTED] et diagramme selles. Pour les auxiliaires de vie, il existe quatre types de fiches : M1, M1*, M2 et V. La direction n'a pas rédigé des fiches de tâches horaires pour les profils S1, S2 et S3 qui correspondent aux profils horaires des aides-soignants. La fiche M1* qui a l'amplitude horaire la plus large est reprise ci-dessous : - 8h30 : nettoyage d'une chambre à fond selon les indications de la direction (15 mn) puis nettoyage des chambres et paliers du 4^{ème} au 7^{ème} (consignes de nettoyage et désinfection) (le M2 est chargé du 1^{er} au 3^{ème} étage) ; - 13h : aider à monter les repas en chambre, puis aider au service au restaurant / débarrasser les plateaux / faire la vaisselle / nettoyer cuisine et salle à manger / assurer traçabilité du nettoyage ; - 14h : fin de service. La direction ne s'est pas dotée de fiches de tâches horaires pour les accompagnants éducatifs et sociaux ni pour les agents de service hôtelier.	

N° IGAS	Observations ou commentaires	E/R
2.1.4.4	Le glissement de tâches L'organisation de l'équipe de soins, telle qu'elle ressort des plannings, de la rédaction des fiches de tâches horaires et des entretiens, ne permet pas d'identifier clairement le rôle et les missions de chaque catégorie de professionnels. La mission d'inspection ne peut exclure le risque de glissement de tâches compte-tenu de l'organisation actuelle.	Ecart n°17 : La direction n'a pas précisé l'organisation de l'équipe de soins ce qui ne permet pas d'exclure des glissements de tâches entre les différentes catégories de professionnels et contrevient aux articles L311-3, 1° CASF, R4311-1 CSP, D312-155 2° CASF, R.4311-4 CSP.
2.1.4.7	Les absences inopinées L'établissement fait appel à des contractuels en contrat à durée déterminée pour occuper les postes ponctuellement vacants, voire plus durablement. L'établissement n'a pas recours à l'intérim. Certaines absences ne sont pas systématiquement remplacées. La direction ne s'est pas dotée d'une procédure pour organiser les remplacements.	Remarque n°25 : La direction n'a pas formalisé de procédure pour organiser les remplacements.

Gestion d'information

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
2.3.1.2	Le Rapport d'Activité Médicale Annuel L'établissement a transmis à la mission un RAMA 2021 non signé ET pas de RAMA 2022.	Ecart n°18 : L'EHPAD ne dispose pas de rapport annuel d'activité formalisé au titre de l'année N-1 ce qui contrevient à l'article R314-50 du CASF.
2.3.1.4	Le compte-tenu rapport d'activité médicale annuel Pour l'année 2021, un RAMA a été rédigé par le médecin coordonnateur de la résidence, partie au jour de la mission. Les points abordés sont les suivants : • Organisation de la permanence médicale • Organisation des soins paramédicaux • Cadre d'exercice du médecin coordonnateur et autres intervenants • Analyse des entrées • Age moyen et répartition des résidents • Analyse des sorties • Les hospitalisations • Dépendance GIR et GMP • Prise en charge des pathologies gériatriques → Les chutes → La contention physique → Les pathologies infectieuses • La pandémie de Covid au sein de la résidence en 2021 • La dénutrition • Les escarres • L'accompagnement de fin de vie • Prise en charge de la douleur • La démence • La prise en charge médicamenteuse • Les événements indésirables • Les prévisions 2022	

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
2.3.2.1	L'établissement tient un registre des entrées et sorties, paraphé par le maire.  Le remplissage de ce registre est tenu à jour par l'établissement et comprend les points suivants : • N° d'ordre • N° de chambre • Nom et prénoms • Date et lieu de naissance • Nationalité • Qualité • Domicile habituel • Dates d'arrivée et de départ • Nombre de journée (non rempli) • Observations	

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
	Le dossier administratif du résident Le dossier administratif du résident est un dossier papier qui contient systématiquement les informations suivantes : - Le numéro de chambre, - La date d'entrée, - L'identité (copie pièce d'identité), - La carte vitale, - La carte de mutuelle, - Le contrat de séjour (pas toujours signé du résident), - Le niveau de dépendance à l'entrée, - L'état des lieux de la chambre, - Le dossier médical.	Ecart n°19 : Le dossier médical du patient ne doit pas être conservé avec son dossier administratif en raison des données confidentielles qu'il contient et du secret médical, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
2.3.4.2	Le dossier contient parfois les éléments suivants : - Le nom du médecin traitant, - Le nom de la personne de confiance. Le dossier ne contient pas les éléments suivants : - Le jugement de placement sous tutelle (lorsque c'est le cas), - Le projet d'accompagnement individualisé, - La dernière actualisation de ce projet, - Les comptes rendus de réunion de synthèse sur le résident, - Les directives anticipées, - Le consentement, - Le droit à l'image (Cf. Réf. CNIL), - Les courriers d'échange avec la famille.	Ecart n°20 : Les dossiers administratifs des résidents ne sont pas complets ce qui contrevient aux articles L.311-4, L.311-5-1 CASF, L.1111-6 CSP.

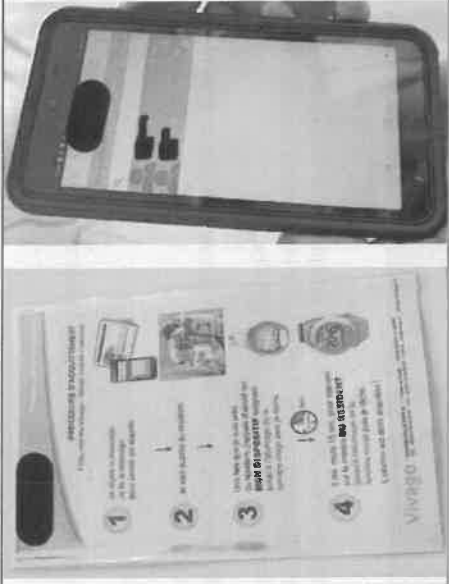
N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
2.3.4.3	Le dossier médical Le dossier médical est informatisé dans le logiciel de soin. Une partie de ces dossiers est également stockée dans des classeurs papier. L'ensemble du dossier est constitué lors de l'entrée du résident. Le médecin coordonnateur saisit à distance les données médicales dans le logiciel de soin. Les IDE sur place s'occupent de l'archivage dans les classeurs papier. L'établissement n'organise pas de sortie papier des DLU. Ils sont imprimés en cas de besoin. Dans le bureau de la directrice, se trouvent des classeurs de fiche de synthèse rédigées par l'ancien médecin coordonnateur.	Ecart n°21 : L'absence de circuit de sauvegarde des DLU, ou de sortie papier organisée ne permet pas de garantir la continuité des soins en cas de panne informatique et contrevient à l'article L311-3 3° du CASF (PEC et accompagnement de qualité).
2.3.4.4	Stockage et sécurisation du dossier médical Les dossiers médicaux sont entreposés dans l'infirmerie au rez-de-chaussée de l'établissement qui ferme à clé. La clé est dans un boîtier à code installé sur le mur à côté de l'infirmerie. Tous les IDE, les AS, les stagiaires, la gouvernante et la directrice ont le code de ce boîtier. Les dossiers sont rangés dans une armoire fermée à clés dont seuls les IDE ont la clé. Le secret professionnel est donc bien respecté.	

Bâtiments, espaces extérieurs et équipement

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
2.4.1.3	L'état général du bâtiment L'ensemble du bâtiment a fait l'objet d'une rénovation et les travaux ont été achevés à l'été 2022. Les chambres et les lieux de vie ont été refaits à neuf dans un souci à la fois esthétique et pratique. Des résidents valides ont pu exprimer que les portes sont lourdes et qu'il est difficile de les ouvrir. Le système de ferme-porte installé sur chacune d'elles les contraint à les ouvrir en permanence et ne facilite pas leurs déplacements.	
2.4.1.8	Le risque caniculaire L'ensemble de l'établissement est climatisé. En effet, suite aux travaux, il a été rajouté de la climatisation dans toutes les chambres et dans tous les locaux.	
2.4.2.2	Le déplacement dans l'établissement L'établissement dispose d'un ascenseur qui dessert les 9 niveaux. Les chambres sont réparties du premier au septième étage. La configuration du bâtiment ne permet pas de disposer de nombreuses chambres par étage : quatre chambres du premier au quatrième, trois chambres au cinquième et sixième et deux chambres au septième. Chaque étage est muni de mains courantes. Une pièce de vie est installée au rez-de-chaussée entre l'entrée et un patio, non loin du bureau de la direction et du poste de soins. Cette pièce sert de salon, de salle pour le goûter et pour les animations. Le réfectoire est installé au sous-sol près de la cuisine.	
2.4.3.7	Le matériel pour le déplacement La majorité des résidents se déplace en fauteuil roulant et ont accès à tous les niveaux. Quelques résidents se déplacent à l'aide d'une canne ou d'un déambulateur.	
2.4.3.6	Les réparations et petits travaux Un agent d'entretien est salarié à temps complet dans l'établissement pour la réalisation de réparations et petits travaux.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
2.4.3.9	Outils et équipements L'établissement n'est pas équipé en rail de transfert. En ce qui concerne les pesées, celui-ci ne dispose pas d'une balance, celle-ci étant commune aux établissements du groupe.	Ecart n°22 : L'établissement ne dispose pas d'une balance en permanence pour la pesée des résidents ce qui contrevient à l'article L.1110-1-1 CSP.
2.4.4.2	Le circuit du linge L'établissement dispose d'une lingerie pour entretenir le linge personnel des résidents chaque jour. Les serviettes de toilette sont entretenues par la lingère. Il est fait appel à un prestataire extérieur pour l'entretien du linge de lit. Le linge est distribué dans les chambres des résidents l'après-midi. La buanderie se situe au rez-de-jardin de l'établissement. Elle dispose de deux entrées permettant une marche en avant. Aucune signalétique n'indique qu'une utilisation de la sorte est effective.	

Sécurité

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
Les Déchets de Soin à Risque Infectieux 2.5.2.7	Il existe un contrat pour la collecte et l'élimination des DASRI qui a bien été remis à la mission. C'est la directrice de l'établissement qui s'en occupe sur demande de l'infirmière lorsque qu'un OPCT est plein. Le local est entreposé au rez-de-jardin dans l'établissement.	
Les dispositifs d'aide à la prévention des chutes 2.5.3.3	L'ensemble des espaces de circulation de l'établissement est équipé de barre d'appui. Là où l'espace le permet, des sièges sont installés.	
Le système anti-fugue 2.5.3.4	La porte d'entrée de l'établissement qui donne directement sur la rue est composée de deux portes vitrées entre lesquels se trouve un sas d'attente. De l'intérieur, la première porte s'ouvre à l'aide d'un digicode.	
L'appel malades 2.5.4.3	Compte-tenu de la configuration des locaux et de la répartition des chambres sur sept niveaux, la direction a fait le choix d'utiliser un appel malade qui consiste pour le résident à porter l'appel malade au poignet, comme une montre. Celui-ci est relié à un téléphone dont la permanence est assurée par un IDE et un AS afin de les informer immédiatement de l'appel. Les entretiens ont permis de mettre en évidence que cet appel malade n'est pas d'un usage aisé pour les résidents et que ceux-ci peuvent être conduits à oublier de le porter, voire le perdre.	

Prises en charge

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

N° IGAS	Observations ou commentaires	E/R
	L'admission Les demandes de visite de l'établissement arrivent parfois par téléphone. Un rendez-vous est donc pris avec le prospect pour visiter l'établissement. La visite est alors réalisée en présence soit de la directrice, soit de la gouvernante. Exceptionnellement avec l'infirmière référente. Durant la visite, l'ensemble du fonctionnement de l'établissement est expliqué au prospect et les documents d'information sur l'établissement sont transmis. Un dossier administratif et médical est transmis pour être rempli par le prospect. Ils seront ensuite envoyés à l'établissement et le dossier médical sera lui envoyé au médecin coordonnateur qui donnera une réponse favorable ou non quant à l'accueil du prospect. La famille est recontactée afin de lui transmettre la réponse. L'IDER n'est pas beaucoup associée au processus d'admission. La directrice et la gouvernante en échangeant brièvement avec elle et elle reçoit le dossier du résident avant son entrée. La direction a remis à la mission un « protocole d'admission » en date du 2 février 2014. Il détaille les étapes des missions de trois intervenants (- médecin coordonnateur ; - IDE ; - psychologue) après qu'un avis favorable ait été rendu par la direction et le médecin coordonnateur. Il y est noté que la visite de préadmission s'effectue après étude du dossier administratif et médical contrairement à ce qui ressort des entretiens. Au jour de l'inspection, des visites mais pas d'admission en cours et pas de liste d'attente pour les 4 chambres vacantes.	
3.1.1.1		
	L'avis du médecin coordonnateur dans l'admission Comme mentionné supra, le médecin coordonnateur est systématiquement sollicité pour étude du dossier médical et avis. Lors de l'échange avec le médecin coordonnateur, elle explique que le dossier médical lui est soumis après validation du dossier administratif par la direction donc elle n'étudie que les dossiers ayant passés le premier filtre de la direction. Pour cela, elle appelle le médecin qui a rempli le dossier et vérifie où se trouve le résident et voit ensuite s'il y a adéquation avec une éventuelle entrée dans l'établissement. Il n'y a pas de commission d'admission organisée au sein de l'établissement. La direction suit les avis du médecin qu'elle renvoie par écrit en même temps que les CR quotidiens transmis en fin de semaine à la direction et à l'IDER. Elle explique transmettre ses CR de missions à part car sur netvie, lorsque des actes à distance sont effectués, il n'y pas d'alerte d'envoyer quand les données sont transmises à distance sur netvie. Et donc si les utilisateurs ne sont pas prévenus, ils ne sont pas alertés de ce qui a été fait. Les professionnels disposent d'un classeur ou ils impriment les CR pour les conserver.	Remarque n°26 : L'établissement n'organise pas de commission d'admission.
3.1.1.2		

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
3.1.3.3	Les projets d'accompagnement individualisé Il n'est pas formalisé de référent PAI par résident au sein de l'établissement. Il ressort des entretiens que cela se fait de manière informelle pour certains résidents en fonction de la relation avec le soignant. Lors des entretiens, il ressort que dans le meilleur des cas, les réunions de projets personnalisés se déroulent en équipe pluridisciplinaire avec le résident s'il le souhaite et s'il peut s'exprimer. S'il n'est pas en capacité de le faire, la psychologue va systématiquement à sa rencontre en amont pour connaître ses attentes et ses demandes. La psychologue et la psychomotricienne essaient d'être présentes toutes les deux en même temps pour ce type de réunion. Et lorsque ce n'est pas possible, la psychologue va rédiger un CR sur la situation du résident et en discutera avec les professionnels de la structure. Ceux sont les IDE et AS qui vont apporter leur éclairage sur le quotidien du résident. A la suite de cette réunion, un CR est enregistré dans netsoin et un exemplaire papier est archivé dans le dossier du résident. Il n'y a pas de calendrier des projets personnalisés, Le but est d'en faire au moins 1 par mois, parfois plus. Mais la procédure n'est pas formalisée, et dépend de la disponibilité des professionnels. Généralement sont évoquées deux situations par réunion. A l'occasion d'une programmation à court terme, la psychologue laisse en transmissions dans netsoin, le projet personnalisé à venir. La participation de la famille va dépendre de la possibilité d'expression du résident ou s'il vient d'arriver. Si par exemple, demande sur l'histoire de vie de la personne que le résident n'a pas pu communiquer. La psychologue sollicite systématiquement l'accord du résident. Parfois le CR est transmis à la famille si elle n'a pas pu être présente. En effet, les entretiens laissent apparaître que les items projets personnalisés ne sont pas tous bien renseignés. Lors de certains échanges, il est dit qu'il n'y a pas de fréquence établie fixe pour les projets personnalisés et que c'est la psychologue qui gère les plannings mais l'interlocuteur ne sait pas comment c'est planifié. Elle la contacte lorsqu'elle souhaite sa présence. Des CR sont effectués dans netsoin.	Ecart n°23 : Il n'existe pas de calendrier annuel établi programmant les PAI des résidents de la résidence ce qui contrevient à l'article L311-3 7° du CASF Remarque n°27 : Il n'est pas désigné de référent pour les résidents de l'établissement entraînant une non-référence PAI par résident. Remarque n°28 : Il n'est pas organisé des réunions d'analyse de pratique au sein de la résidence.
3.1.4.1	Les échanges entre direction, encadrement, professionnels de l'établissement et intervenants Il ressort des entretiens qu'entre la direction de l'établissement et la direction du groupe : - Les réunions ne sont pas programmées - Les réunions s'effectuent à la demande - La coordinatrice territoriale vient quand il y a un souci - La coordinatrice vient pour les recrutements majeurs Les réunions internes qui se déroulent au sein de l'établissement ne sont pas suffisamment formelle et formalisées. Il n'existe pas non plus de réunion d'analyse de la pratique, ni de groupe de parole. Quand il y a des besoins de communication, la direction organise des réunions spécifiques et informe les salariés. A titre d'exemple, la direction a organisé une réunion avec la gouvernante à propos de la réorganisation des plannings de nuit. Auparavant l'AS était seul la nuit et la réorganisation a permis qu'elles soient deux.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
3.1.4.4	Les réunions de synthèse et temps de transmission Il ressort des entretiens que la médecin coordonnatrice n'est pas conviée à des réunion formelles et physiques mais qu'elle échange beaucoup avec la directrice par téléphone. Elle rencontre la psychologue lorsqu'elle vient sur site. Au jour de l'inspection, elle a pu la voir 3 fois sur 5 mais sur des temps informels. La médecin coordonnatrice est très peu sollicitée par les professionnels de l'EHPAD, et lorsqu'elle l'est, c'est a posteriori. Réunion du jeudi une fois par mois à 11h30, à laquelle une infirmière ne peut participer. Elle ne suit donc aucune réunion. Ce manque de réunion ressort comme une difficulté majeure car échanger permettrait d'harmoniser les pratiques. Il ressort des entretiens avec les partenaires extérieurs qu'il n'y a pas eu de réunion organisée depuis deux ans. Les échanges se font sur le mode « réunions de couloir » (d'environ 10-15 minutes) ou intervenants extérieurs et professionnels de l'établissement discutent entre eux de l'état de santé de la personne et de son quotidien. En cas de changements de prise en charge ou d'entrée / sortie / hospitalisation, c'est la DE ou l'infirmière qui les renseigne toujours de façon informelle. Il y'a des réunions durant lesquelles un tour des résidents est réalisé afin de discuter de la PEC (si améliorations ou difficultés) : ont lieu une fois par mois dans le meilleur des cas, mais cela s'avère compliqué à mettre en place car ce n'est pas instauré dans le fonctionnement. Les participants conviés sont : la gouvernante, la psychologue, la stagiaire psy, une axillaire de vie, l'IDE, deux AS, deux stagiaires en soin, l'animatrice et la psychomotricienne. Il n'y a pas de compte-rendu officiel transmis. Compte-tenu de l'absence d'un médecin coordonnateur salarié, il n'est pas organisé de commission de coordination gériatrique. Il n'existe pas d'autre réunion programmée, mais en cas de besoin des réunions sont organisées de manière ponctuelle.	Ecart n°24 : L'absence de réunion de la commission de coordination gériatrique contrevient à l'article D312-158 3° du CASF. Remarque n°29 : L'établissement n'organise pas suffisamment de réunions pluridisciplinaires formalisées ce qui ne permet pas la mise en place de temps d'échange formels et de qualité permettant d'assurer la continuité et la coordination des soins.
3.1.4.5	Les modalités d'intervention des médecins traitants Au jour de l'inspection, la direction s'est organisée afin que chaque résident dispose d'un médecin traitant. Aucun médecin n'a signé de contrat ou convention avec l'établissement. Les médecins traitants ne tracent pas dans netsoin. Ils effectuent les prescriptions des soins kiné parfois en collaboration avec le médecin coordonnateur. C'est la médecin coordonnatrice qui retranscrit les prescriptions dans le logiciel de soin. Ils n'ont aucun échange avec les autres professionnels.	Ecart n°25 : Tous les médecins traitants intervenant dans l'EHPAD n'ont pas signé de contrat type prévu à l'article L314-12 du CASF. Remarque n°30 : Les médecins traitants n'utilisent pas le logiciel de soin pour la prescription sachant que le médecin

N° IGAS	Observations ou commentaires	E/R
		coordon-nateur intervient essentiellement en distanciel.
3.1.4.7	Les temps de transmission Il n'y a pas de temps de transmission orale inter équipe formalisé, ni le matin, ni le soir, ni en journée. Il n'existe pas non plus de procédure à ce sujet. Les AS de jour échangent parfois entre elles le matin pour effectuer la répartition des prises en soin, et de façon informelle avec les IDE lors du déjeuner. Compte-tenu de l'organisation du temps de travail des équipes, il ressort que les transmissions orales ne peuvent s'effectuer. A l'étude des plannings, la mission constate qu'il n'y a effectivement pas de temps de transmissions dédié puisque la plus large amplitude horaire d'une des IDE est de 9h à 19h et l'AS de nuit est présente de 20h à 8h. Les AS de jour ont comme amplitude horaire la plus large de 8h à 20h. Les axillaires de vie démarrent au plus tôt à 8h30 et terminent au plus tard à 20h. Les transmissions se font uniquement sur netsoin par écrit. Si une situation présente un caractère d'urgence (type soin du matin ou avant rendez-vous, etc.), un post-it est laissé pour la veilleuse de nuit. Il ressort des entretiens un besoin de mettre en place ces temps d'échange afin de mettre tous les professionnels de la structure à un même niveau d'informations.	Ecart n°26 : Les temps de transmission entre l'équipe de nuit et de jour ne sont pas prévus dans les plannings ce qui contrevient aux articles R4311-1 et 2 du CASF.

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
	L'association des familles, aidants, bénévoles, personnes de confiance	
3.2.1.1	Il n'existe pas de salon de famille. Les visites des familles s'effectuent dans les chambres, dans l'espace de vie commun au rez-de-chaussée et dans l'espace de vie commun du 1^{er} étage. Comme mentionné supra, la participation des familles est sollicitée dans la cadre des projets personnalisés sur accord du résident, s'il en capacité de l'exprimer. Il ressort des entretiens qu'il y'a beaucoup d'échanges et de relations avec les familles, de façon informelle ou non. Par exemple lors des actes kinés, psychomotriciens, etc.	
	La charte des Droits et Libertés de la personne accueillie	
3.2.2.1	Le livret d'accueil ainsi que la charte des Droits et Libertés de la personne accueillie sont consultables à l'entrée de la résidence dans le « lutin d'accueil ». En annexes du contrat de séjour se trouvent : la charte des droits et libertés de la personne accueillie ; la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.	
	La liste départementale des personnes qualifiées	
3.2.2.2	L'établissement met dans les documents à dispositions (lutin d'accueil) des résidents et des familles, la liste des personnes qualifiées.	
	La personne de confiance	
3.2.2.5	Dans l'article 3 du contrat de séjour, il est expliqué et détaillé ce qu'est la personne de confiance, qui elle peut être et ses attributions. En plus du contrat, est rempli l'annexe relative à la personne de confiance qui reprend les explications citées ci-dessus et le formulaire de désignation. Ces éléments ne sont pas repris dans le livret d'accueil de l'établissement. Dans les contrats consultés par la mission, cette annexe ne figure pas dans chacun, particulièrement pour ceux antérieurs à 2023.	Remarque n°31 : Les contrats de séjour consultés par la mission ne comportent pas l'annexe relative à la personne de confiance.
3.2.2.6	Les directives anticipées Dans les dossiers administratifs des résidents consultés par la mission, il n'a pas été retrouvé de directives anticipées.	Ecart n°27 : Les contrats de séjour consultés par la mission ne comportent pas les directives anticipées remplies ce qui

N° IGAS	Observations ou commentaires	E/R
		contrevient aux articles L1111-4 alinéa 3 et L1111-11 du CSP.
	Les contentions Dans le RAMA de l'année 2020, il est inscrit qu'il y a « environ 4 à 6 contentions en moyenne dans le mois sous forme de barrières de protection nocturnes et 1 porte fermée à clés ». Celle-ci concernait un résident déambulant qui a finalement quitté l'établissement pour réorientation dans un établissement plus adapté à ses troubles. Dans le RAMA de l'année 2021, les contentions physiques y sont bien complabilisées en page 8 dans le chapitre « prise en charge des pathologies gériatriques ». Elles sont au nombre de 7. Elles sont toutes sous forme de « barrière de protection » nocturnes. Lors des échanges avec l'équipe de l'établissement, il a été transmis à la mission qu'il n'y a pas de réunion pluridisciplinaire à ce sujet. Au dernier trimestre 2022, la médecin coordonnateur a repris l'ensemble des prescriptions de contention. Un protocole de contention datant du 21/11/2013 a été transmis à la mission. Il reprend les éléments suivants : - Définition - Indication de contention - Moyens de contention utilisés au Trèfle Bleu - Décision de contention - Conduite à tenir - La contention de nuit Il y est précisé qu'une formation a été dispensée le 22/05/2014. Selon le tableau prévisionnel transmis sur le suivi des formations 2022-2026, il est inscrit le suivi de la formation « La contention physique passive » qui est prévue par le médecin coordonnateur en 2024 (fréquence tous les 5 ans).	Ecart n°28 : L'absence de concertation pluridisciplinaire sur les bénéfices/risques des contentions et l'absence de suivi et de réévaluation contreviennent aux dispositions de l'article R311-0-7 du CASF.
	L'identification des résidents	(Cf. Ecart n°36)
3.2.3.2	Il n'a pas été mis en place par l'établissement de moyen pour renforcer l'identification des usagers. Les résidents disposent de médaillon appel-malade sous forme de bracelet, mais ceux-ci ne sont pas étiquetés. L'équipe d'inspection constate l'absence de la mise en place de moyen permettant de renforcer et garantir l'identité-vigilance.	
3.2.4.1	La protection juridique Certains résidents de l'établissement sont sous protection juridique, mais la mise en place ne se fait pas sur initiative/demande l'établissement. Le suivi n'est également pas géré par l'établissement.	

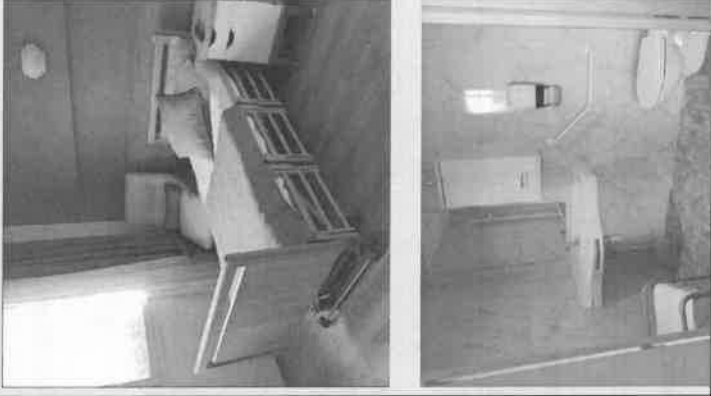
N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
	Dans le livret d'accueil il est précisé en page 8 que : « Lors de votre admission, vous avez été informé, en vertu de la loi n°92.614 du 6 juillet 1992 et du décret du 27 mars 1993 relatifs à la responsabilité de la possibilité de confier les sommes d'argent et les objets de valeurs dans le coffre du bureau. »	

Vie sociale et relationnelle

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
	L'animation avec le référent, le programme et les commissions Le référent chargé de coordonner les animations est l'animatrice, en poste dans l'établissement depuis octobre 2022. Elle est à temps partiel. Il n'existe pas de salle ni même de programme d'animation spécifique pour les résidents porteurs de troubles cognitifs. Le lieu d'animation étant organisé au rez-de-chaussée dans l'espace de vie commun de l'établissement. Les résidents sont libres ou non de participer activement ou passivement aux différentes propositions. Le planning hebdomadaire des animations a été transmis à la mission. Il est consultable dans le lutin d'accueil. Il n'y a pas d'animation les lundis matin. Pour les autres matins de la semaine à l'exception du dimanche, se déroulent des ateliers réminiscence. Le dimanche matin, la messe est diffusée sur la télé du rez-de-chaussée. Les après-midis, différents ateliers ont lieu en fonction du jour sur la mémoire, la couleur, les jeux traditionnels, etc. Le détail du contenu des ateliers est expliqué dans les pages suivantes le planning également affichées dans le lutin d'accueil. Il est également affiché les animations particulières comme la venue d'un groupe de musique, les rencontres intergénérationnelles, ou encore la venue d'un prêtre pour célébration de la messe au rez-de-chaussée de l'établissement. Dans le livret d'accueil en page 5, il est noté qu'une commission animation a lieu 2 fois par ans durant laquelle : « [...] Nous sommes également à l'écoute des demandes concernant les animations proposées au sein de l'établissement et des éventuelles propositions pour des sorties extérieures ». Lors des échanges avec la direction, elle explique que cette commission a été suspendu avec le Covid et les travaux et qu'elles n'ont à ce jour pas encore été remise en place.	Remarque n°32 : Les commissions d'animation suspendues pendant la COVID et les travaux n'ont au jour de l'inspection toujours pas été remises en place.
3.3.2.1		
	Le projet d'animation Dans le projet d'établissement (p. 13 à 16), il est rédigé une importante partie sur la vie sociale et le projet d'animation dans laquelle il est précisé, l'objectif du projet d'animation. Il est également précisé que l'animation est l'affaire de chaque professionnel de l'établissement, mais qu'elle relève de la responsabilité de l'équipe d'animation. Il est détaillé les 6 fonctions du projet d'animation ainsi que les 4 démarches d'animation proposées au sein de l'établissement.	
3.3.2.2		

	Lorsque l'animatrice est absente, la psychologue (le lundi après-midi), la psychomotricienne (le mardi après-midi) et éventuellement d'autres professionnels de l'établissement peuvent prendre le relai sur les animations en animant des ateliers individuels ou collectifs. Dans le livret d'accueil, au chapitre 4 de la page 5, un point sur les animations est expliqué en quelques lignes avec des photos prises durant certains ateliers. Certains résidents souhaiteraient des animations plus adaptées à leurs capacités cognitives.	
--	---	--

Vie quotidienne. Hébergement

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
L'équipement des chambres Les chambres sont toutes équipées : - Un lit médicalisé - Une table de chevet - Un bureau commode avec fauteuil - Un fauteuil avec assistance au levé - Une télévision- Un placard (Inscrit à la page 7 du livret d'accueil) 3.4.1.1 Chaque chambre dispose de sa salle d'eau privative avec WC, lavabo, douche, barre de maintien, fauteuil de douche. L'établissement ne dispose que de chambres individuelles. Elles sont toutes accès PMR et personnalisables au gré des envies de chaque résident comme précisé en page 6 du livret d'accueil : « Chaque résident est libre de personnaliser son logement et d'apporter des objets personnels. » Les résidents peuvent y recevoir les personnes qu'ils désirent. En page 9 du livret d'accueil, il est inscrit que : « Par souci de sécurité et de tranquillité au sein de l'établissement, aucune visite n'est possible entre 20h00 et 7h00, sauf en cas de circonstances exceptionnelles. »		
3.4.3.2	La restauration et les commissions menus	Remarque n°33 : Les commissions menus suspendues pendant la COVID et

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
	Dans le livret d'accueil en page 5, il est noté qu'une commission, menus à lieu 2 fois par an durant laquelle : « nous échangeons autour de la composition des repas proposés et du choix des menus à thème à mettre en place. » Lors des échanges avec la direction, elle explique que cette commission doit se dérouler en même temps que le CVS, mais que ces temps ont été suspendu avec le Covid et les travaux et qu'ils n'ont à ce jour pas encore été remis en place. Comme mentionné précédemment, un volet restauration est présent dans les questionnaires de satisfaction transmis à la mission.	les travaux n'ont au jour de l'inspection toujours pas été remises en place.
	Le menu de substitution	
3.4.3.3	Dans le livret d'accueil, il est noté en page 9 qu'« Il est possible de demander un menu alternatif si un plat ne vous convient pas. » Lors de l'échange avec la direction, il est énoncé qu'il n'existe pas de menu de substitution et que si besoin, c'est fait à la demande.	
	Le suivi des régimes, textures et compléments nutritionnels oraux	
	Lors de l'échange avec l'équipe médicale, il est expliqué que le 31 mars devait se dérouler le premier CLAN depuis la prise de poste du médecin coordonnateur et l'équipe soignante durant lequel il est prévu un état des lieux de la nutrition des résidents. Après construction d'un tableau résumé des pertes de poids et IMC, la médecin envisage d'effectuer les prescriptions d'albuminémie si elles sont anciennes. Elle souhaite échanger avec l'équipe afin de savoir si certains résidents présentent une sarcopénie. Elle compte leur demander quels sont les régimes actuels des résidents, et un retour des ingestas par les professionnels qui s'occupent des repas. La gouvernante assiste au repas et surveille le respect des régimes. Elle explique qu'il n'y a pas de feuille de régime car elles sont toutes à réactualiser.	
3.4.3.5	La médecin souhaite également discuter avec le cuisinier de ce qu'il prévoit au niveau enrichissement afin de lui faire ajouter le nécessaire en fonction de s'il manque des protéines ou des calories. Elle compte faire un point sur les CNO car elle explique avoir relevé que certains résidents dénutris n'en bénéficient pas. La mission d'inspection n'a pas pu vérifier que tous ces points ont été abordé. Lors de l'échange avec un professionnel soignant, il est énoncé qu'il n'y a pas de résident dénutri et que les pesées sont faites une fois par mois sur une chaise de pesée qui fait le tour des établissements du groupe. Elle n'est pas présente en permanence dans l'établissement mais seulement quelques jours par mois en fonction d'un planning défini par le siège. Ce qui implique que si un résident est absent au moment de ce temps de présence du pèse personne, il devra attendre le mois suivant pour être pesé. Il est également énoncé que l'établissement ne dispose plus de pèses personne à temps plein pour les résidents alités, ce qui contrevient à l'article L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité).	(Cf. Ecart n°26)
	Il n'y a pas d'orthophoniste qui intervient sur l'établissement pour les troubles de la déglutition et le choix des textures.	
3.4.3.7	Les horaires des repas de la journée et nuit Les horaires des repas sont les suivants :	

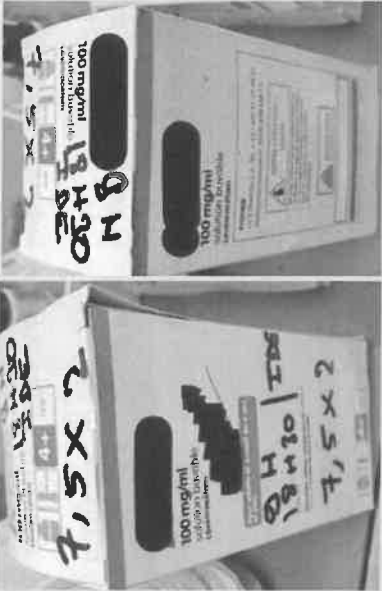
N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
	- Petit déjeuner à partir de 8h/ 8h30 - Déjeuner à partir de 12h/ 12h15 - Goûter à partir de 16h/ 16h30 - Dîner à partir de 18h15 - Collation à partir de 21h L'établissement a transmis à la mission une liste de 20 résidents avec leur collation (en fonction des choix des résidents) qui est à distribuer par le veilleur de nuit. Cette tâche apparaît bien dans la fiche de tâche des AS de nuit à partir de 21h. Les menus sont élaborés par le cuisinier seul sans appui d'un diététicien. L'aide au repas Il n'existe pas de procédure d'aide au repas. L'aide au repas est prévue dans la fiche de tâches des aides-soignants, des auxiliaires de vie et dans la fiche de tâche de l'IDE pour le soir. La maîtresse de maison assiste au repas, intervient et peut aider au repas si besoin est. Il est également fait état de l'aide au repas en page 2 du livret bien-être et bientraitance avec le rappel de quelques règles telles que : - « Ne pas mettre le fromage sur l'assiette principale pour gagner du temps. - S'assurer de la température des aliments. - Expliquer aux résidents la composition du menu. - Veiller à la propreté du résident après le repas. » Mais ces quelques lignes ne constituent en rien une procédure sur le sujet. Les soins de nursing Lors des échanges avec l'équipe de soin, les plans de soins des résidents sont réalisés par les IDE. Une fois le soin réalisé, la soignante en charge du soin le coche dans netsoin pour le valider. Mais cela n'a pu être consulté par la mission. Il est également énoncé que chaque résident bénéficie d'une toilette quotidienne dont la répartition s'effectue entre les soignants du matin. Un minimum d'une douche par semaine est proposé aux résidents, mais s'il le souhaite, il est possible d'en prendre davantage.	
3.4.3.10		Remarque n°34 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure rédigée sur l'aide au repas.
3.4.4.1	La gestion de l'incontinence Les changes sont identifiés dans les fiches de tâche des soignants : le matin lors des toilettes, mais également à 13h après le repas, à 15h, après le diner pour les soignants de jour. Durant la nuit, les changes sont également identifiés dans les fiches de tâche à 22h, à 2h30 et à 6h. Dans chaque change identifié, l'accompagnement aux toilettes est mentionné. Il n'existe pas de protocole pour les changes.	Remarque n°35 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure rédigée pour les changes.
3.4.4.2		

N° IGAS	Observations ou commentaires	E/R
	La maîtresse de maison prépare les commandes des protections, et c'est la directrice de l'établissement qui effectue les commandes.	
	L'établissement ne dispose pas d'une procédure rédigée pour les changes.	

Soins

N° IGAS	Observations ou commentaires	E/R
3.8.1.1	Les professions de santé mobilisées au sein de la résidence Les professionnels de la structure sont listés ci-dessous : - Médecin coordonnateur - Infirmiers - Aide-soignant - Axillaire de vie - Psychologue - Psychoomotricienne - AES Interviennent également au sein de l'établissement : - 2 kinésithérapeutes libéraux - 2 médecins traitants libéraux L'établissement travaille avec une pharmacie d'officine.	
3.8.1.2	La continuité des soins La continuité des soins n'est pas assurée puisque comme énoncé précédemment, il n'existe pas de temps de chevauchement entre les équipes de jour et de nuit et donc aucun temps de transmission orale. D'autant plus qu'il n'en existe pas en journée et que les temps de réunions inter équipe se font rares.	
3.8.1.4	La médecin coordonnateur et l'infirmière coordonnatrice Un médecin coordonnateur est mis à disposition par un hôpital au sein de l'établissement à raison d'une vacation par semaine. Cela a été mis en place à la suite du départ du précédent médecin coordonnateur. Les vacations s'effectuent souvent à distance. La mise à disposition est conclue pour une durée de 4	Ecart n°29 : L'absence d'un médecin coordonnateur salarié de l'établissement intervenant en présentiel ne permet pas d'assurer

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
	mois. Cette configuration ne permet donc pas une fonction de coordination de l'équipe soignante. Le médecin coordonnateur intervient plus précisément dans le parcours médical des résidents. Lors de l'échange, elle a expliqué que lorsqu'elle intervient sur l'établissement, c'est de 15h à 18h30 soit 3h30. La directrice de l'établissement, de formation infirmière, affirme exercer les fonctions d'infirmière coordinatrice de façon ponctuelle, sans disposer des qualifications requises. Une infirmière est désignée comme référente sans contractualisation et sans fiche de poste. L'infirmière coordinatrice actuellement en poste qui n'est autre que la directrice ne dispose pas des qualifications requises pour ce poste. L'établissement a signé une convention avec une pharmacie d'officine pour la délivrance des médicaments. Mais les piluliers sont établis par les IDE sur l'établissement. Les équipes ont peu de contact avec le pharmacien et le médecin coordonnateur n'en a aucun. La mission constate donc que le pharmacien n'exerce pas un rôle de référent au sein de la structure.	la coordination de l'équipe soignante et contrevient aux dispositions de l'article D. 312-155-0, II du CASF. <u>(Cf. Remarques n°6 & 15)</u>
3.8.2.1	Les différents supports et cahiers de transmission Les transmissions s'effectuent dans le logiciel de soin. Les soignantes utilisent le mode narratif le plus souvent et moins fréquemment le mode ciblé. Le médecin coordonnateur, la psychologue, la psychomotricienne effectuent leurs transmissions dans le logiciel de soin. Les kinés utilisent depuis peu le logiciel pour leur compte-rendu sur demande à plusieurs reprises de la médecin coordinatrice. Elle souhaite qu'ils effectuent des transmissions au moins une fois par mois sur les résidents qu'ils ont en charge. Ils disposent de l'accès netsoin à distance. Ils expliquent qu'avant, ils transmettaient leur observation aux infirmiers à l'oral et de façon informelle. Concernant les médecins traitants c'est partagé. Un des deux prescrit dans netsoin et le deuxième ne prescrit pas. Mais au moment de l'inspection, la médecin coordinatrice ne retranscrit que les ordonnances des médecins hospitaliers et spécialistes. Pour les nouveaux professionnels arrivants, 1 journée d'immersion est organisée. Quand le professionnel arrive, le fonctionnement de l'établissement lui est expliqué, sa fiche de poste lui est présentée, et il l'accompagne le titulaire dans les soins, fait connaissance avec les résidents, etc. Les affichages tels que le contact des médecins traitants, la pharmacie, les numéros d'urgence sont bien affichés dans l'infirmière et connus des professionnels. Concernant les protocoles, certains sont très anciens et n'ont pas fait l'objet d'une réactualisation. Voici ceux transmis par l'établissement :	Ecart n°30 : La plupart des protocoles de l'établissement, transmis à la mission sont bien trop anciens pour assurer une prise en charge des résidents de qualité et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité).

N° IGAS	Observations ou commentaires	E/R
	- Procédure en cas d'urgence : 12/2021 - De l'URPS IDF : Conduite à tenir en cas d'appel d'un EHPAD à l'infirmier libéral d'astreinte la nuit : 07/2021 - De l'URPS IDF : Conduite à tenir en cas de non-réponse de l'infirmier libéral d'astreinte à l'appel d'un EHPAD : 02/2022 - Protocole admission : 02/2014 - Protocole chute : 10/2009 - Conduite à tenir en cas de chute : 11/2013 - Protocole contention : 11/2013 - Protocole dénutrition : 12/2010 - Protocole escarres : 04/2013 - ARS Bourgogne Franche-Comté : Protocole évaluation douleurs : 10/2018 - Protocole événement indésirables : 11/2022 De plus, le manque de temps de réunion interdisciplinaire ne permet pas leur appropriation par les professionnels et donc une harmonisation des pratiques. Cela a été déploré lors de plusieurs entretiens.	
3.8.2.2	Les modalités de traçabilité des soins La traçabilité des soins s'effectue à distance et non en temps réel. L'établissement dispose d'un poste de transmission dans l'infirmier au rez-de-chaussée de l'établissement. Comme mentionné précédemment, elles s'effectuent sur le logiciel netsoin.	
3.8.2.3	Les dates de péremption des produits multi-usage ouverts Plusieurs produits de santé et d'hygiène sont ouverts sans date de péremption. De plus, la prescription est recopiée sur le produit de santé ce qui est interdit car source d'erreur. Les soignants doivent se référer à la prescription médicale originale du médecin.  	Ecart n°31 : La mission constate la présence de flacons ouverts sans indication des dates d'ouverture et de péremption, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF. Ecart n°32 : La mission constate que des prescriptions sont recopiées sur des flacons de produits de santé ouverts ce qui contrevient à l'article L311-3 3° du CASF (PEC et accompagnement de qualité).

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
3.8.2.4	La procédure du circuit du médicament Il existe une procédure de circuit du médicament rédigé en 2014 et actualisée en 2020 qui reprend les points suivants : - Prescription des médicaments - Transmission des ordonnances - Analyse pharmaceutique des prescriptions, livraison des médicaments - Réception des médicaments - Préparation de la dose à administrer - Distribution des médicaments - Tracabilité - Nettoyage du chariot - Nettoyage des piluliers Cette procédure se trouve dans le classeur de protocoles à l'infirmerie.	
3.8.2.5	La dispensation des thérapeutiques La dispensation des thérapeutiques s'effectue le matin par les aides-soignants car les infirmiers prennent leur poste à 9h. Il en est de même pour les traitements de nuit. Elles utilisent les thérapeutiques préparées dans des pots eux-mêmes placés dans des caisses en plastique. Ces traitements sont préparés par l'IDE de la veille pour les traitements du matin et l'IDE du jour même pour les traitements de nuit. Les soignantes n'utilisent pas le classeur de distribution. Ce classeur contient la fiche de traitement issue de netsoins. Derrière cette fiche se trouve une photocopie de l'ordonnance. Il n'est pas mis à disposition des professionnels de guide sur le bon usage du médicament comme par exemple la liste des médicaments à ne pas broyer. Selon la médecin coordonnatrice, la façon de donner le médicament est noté sur l'ordonnance. Lors des échanges avec les kinésithérapeutes, ils expliquent qu'ils reçoivent les prescriptions de la part des médecins traitants et parfois du médecin coordonnateur. Elles sont stockées dans les dossiers du patient et/ou dans le logiciel. La dispensation du midi et du soir est réalisée par les IDE. Le jour de l'inspection la mission a constaté que les étudiants infirmiers de 1^{ère} année distribuaient les traitements du midi en salle à manger et ceux malgré l'absence de l'IDE titulaire partie s'absenter quelques minutes afin de changer de tenue.	Remarque n°36 : La mission constate que lors de la distribution des traitements, les soignantes n'utilisent pas le classeur de distribution comportant la fiche de traitement et l'ordonnance originale. Ecart n°33 : La mission constate que la distribution des traitements s'effectue par des ESI de 1^{ère} année seules sans supervision ni accompagnement d'une IDE titulaire. (Article L.313-26 du CASF). Remarque n°37 : Il n'est pas mis en place, à disposition des équipes de soin, le guide quant au bon usage du médicament.

N° IGAS	Observations ou commentaires	E/R
3.8.2.7	La liste préférentielle des médicaments L'établissement ne dispose pas de liste préférentielle de médicaments.	Ecart n°34 : L'établissement ne dispose pas d'une liste préférentielle de médicaments ce qui contrevient à l'article L5126-6-1 CSP (liste préférentielle de médicament en ESMS).
3.8.2.8	La retranscription des ordonnances médicales Comme mentionné précédemment, la médecin coordonnatrice retranscrit les ordonnances des médecins hospitaliers et spécialistes. Lors du retour du résident, l'infirmier transmet l'ordonnance à la MedCo qui la retranscrit à distance dans le logiciel de soin. Cela génère ensuite une fiche de traitement netsoin utilisée pour la distribution. L'ordonnance est alors rangée dans le classeur de distribution et dans le dossier du résident. Lorsque la MedCo n'en a pas le temps (comme par exemple pour les ordonnances du second médecin traitant), il n'y a pas de retranscription.	Remarque n°38 : Les ordonnances ne sont pas systématiquement retranscrites dans le logiciel de soin du fait de l'absence d'un médecin coordonnateur salarié de l'établissement, entraînant une impossibilité de générer une fiche de traitement netsoin.
3.8.2.9	La transmission des ordonnances de l'EHPAD à la pharmacie Après qu'un médecin ait effectué la prescription, elle est envoyée par fax à la pharmacie. La boîte de médicament est livrée le jour même. Selon l'équipe de soin, l'officine est réactive dans la livraison, mais cela n'a pas toujours été le cas. La livraison s'effectue en général en fin de journée afin de regrouper les prescriptions du jour mais lorsque c'est urgent, ils dépêchent un professionnel de l'officine ou le personnel de l'EHPAD se déplace. Les traitements chroniques sont livrés pour un mois en boîte non étiquetées. Les piluliers sont préparés par les IDE de l'établissement. La pharmacie garde le scan du fax, mais ne récupère pas les ordonnances originales sauf pour les prescriptions de stupéfiants. Dans ce cas, c'est l'établissement qui doit se déplacer pour leur déposer. En cas de besoin, la pharmacie d'officine peut répondre aux questions de l'établissement sur place ou par téléphone. La médecin coordonnatrice n'échange jamais avec le pharmacien.	
3.8.2.12	Le stock tampon Le stock tampon est entreposé dans l'infirmerie, dans les tiroirs d'une armoire fermée à clé. Les boîtes de médicaments y sont stockées en vrac sans aucun rangement ni identification. Ils correspondent à des anciens traitements de résidents non utilisés. Il n'y a pas de liste ni d'inventaire.	Ecart n°35 : Le stock tampon n'est pas organisé, vérifié et se compose de traitements non utilisés d'ancien résident ce qui

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
		contrevient aux articles R5126-108 et R4312-38 du CSP.
3.8.2.13	L'identitovigilance Dans le classeur de distribution, se trouvent les fiches de traitement qui disposent de la photo des résidents. Les piluliers ne comportent pas de photo des résidents. Ils ne comportent pas non plus le prénom, le numéro de chambre ou encore la date de naissance. Seul le nom de famille est présent. Ils sont préparés à la semaine par les infirmiers de l'établissement dont la répartition est affichée dans le poste de soin. La mission a également constaté que les stylos à insuline ne sont pas non plus étiquetés. Un stylo d'insuline rapide n'est pas rebouché et un bouchon d'insuline lente est seul sans stylo. Les glycémies sont prises par les aides-soignants et c'est l'infirmière lorsqu'elle arrive à 9h qui effectue les injections. 	Ecart n°36 : L'identitovigilance des traitements n'est pas mise en place au sein de la résidence ce qui contrevient à l'article R.4311-4 du CSP.

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
3.8.2.14	La préparation des médicaments La préparation des médicaments est réalisée dans l'infirmerie de façon hebdomadaire pour chaque résident, à raison de 4 piluliers par jour du lundi au samedi, selon les affichages. Mais lors d'échanges avec l'équipe de soin, il est expliqué que cette planification n'est pas à jour/respectée et qu'ils sont plutôt préparés au fur et à mesure. Le local de l'infirmerie est propre et entretenu. Il n'a pas été retrouvé par la mission de feuille d'entretien des piluliers ni autre entretien de l'ensemble du matériel et mobilier, ni du local lui-même.	
3.8.2.16	Les conditions de préparation des médicaments Il n'a pas été mis en place de disposition particulière lors de la préparation des piluliers afin d'éviter les interruptions volontaires de tâches. D'autant que l'établissement ne dispose que d'un seul poste de soin qui peut donc être soumis à beaucoup de passage. La préparation des médicaments s'effectue avec l'ordonnance originale du praticien qui l'a prescrite. Mais elle peut également s'effectuer avec l'ordonnance retranscrite par la MedCo, dans les cas où le médecin ne prescrit pas directement dans le logiciel de soin. Il n'y a pas de double contrôle des piluliers qui sont préparés entièrement manuellement par les IDE de l'établissement.	Remarque n°39 : Les conditions de préparation des médicaments ne sont pas réunies afin d'éviter les interruptions volontaires de tâches. De plus, il n'est pas réalisé de double vérification de la préparation.
3.8.2.17	L'administration des médicaments L'administration des médicaments est réalisée à la vue de la dernière prescription. Le chariot à médicaments est sécurisé car verrouillé le jour de l'inspection.	
3.8.2.18	La traçabilité de l'administration Concernant la distribution du matin par les AS, l'équipe explique à la mission qu'elles ramènent les petits pots à l'infirmerie en énonçant verbalement à l'IDE tout problème lors de la distribution. C'est l'IDE qui effectue la traçabilité à distance de cette distribution. La distribution des traitements du midi et du soir sont cochées dans le logiciel de soin par les IDE à distance de la dispensation. Concernant les traitements de nuit, le soignant de nuit effectue une transmission narrative pour chaque résident à qui il a dispensé un thérapeutique. L'ensemble des traçabilités ne sont pas enregistrées en temps réel mais à distance de leur réalisation.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
3.8.2.20	La liste des médicaments à ne pas broyer Il n'existe pas de protocole de broyage des médicaments.	Remarque n°40 : L'établissement ne dispose pas de liste ou de protocole concernant les médicaments à ne pas broyer d'autant plus que certaines distributions médicamenteuses sont effectuées par les AS.
3.8.2.22	La délégation d'administration des médicaments La distribution des traitements par les soignants du matin et de nuit est bien identifiée dans les fiches de tâches de ces soignants. Il n'existe pas d'autres documents faisant référence à cette délégation. Il n'est pas précisé que seule l'infirmière peut délivrer des médicaments qui nécessitent une compétence ou une connaissance spécifique.	Ecart n°37 : Il n'a pas été rédigé de protocole relatif à la délégation des traitements par les IDE aux AS pour la distribution du matin et de nuit précisant les modalités légales de cette délégation ce qui contrevient aux articles R4311-7 et R.4311-5 (4°) du CSP.
3.8.2.23	Le registre des stupéfiants Les stupéfiants sont entreposés dans un coffre verrouillé à code, placé à l'infirmerie. Les traitements y sont entreposés sans organisation ni classement spécifique. La mission a constaté que l'établissement conservait des toxiques d'un résident décédé qui devait intégrer l'établissement. Il y a de cela un mois avant l'inspection et l'établissement n'a toujours pas effectué de retour pharmacie de ces traitements. Selon les échanges avec l'équipe de soin, il existe un carnet à souche rempli par l'infirmière ce qui n'a pas été vérifié par la mission. Il n'est pas organisé de retour pharmacie avec contrôle du pharmacien pour les stupéfiants non utilisés.	Ecart n°38 : La mission constate la présence de stupéfiants appartenant à un résident décédé qui n'ont pas été rendus à la pharmacie ce qui contrevient à l'article R5132-36 du CSP.

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R						
3.8.2.2.4	La gestion de la douleur L'établissement a fourni un document intitulé « protocole évaluation douleurs » en date du 1^{er} septembre 2018. Mais il s'agit d'un document générique produit par l'ARS Bourgogne Franche-Comté portant plus précisément sur :  <i>Subst. d'administration</i> <i>Le morphine</i> <i>et l'ASG</i> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">MODE D'ENTRETIEN DES SUPPLÉMENTS</th> <th>Date : 01/09/2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Destinataire : Direction de l'autonomie </td> <td> Objet : Administration de morphiniques (forme sèche et formes liquides) utilisées ne nécessitant aucune adaptation posologique, la nuit en CHU-AD, MAS et FAM par les ASG-AMF. </td> <td> P.1 : Annexe 1 : Révisé de protocole indicatif de prescription de morphiniques la nuit pour les ASG-AMF-ASG Annexe 2 : Révisé de la formation des ASG-AMF- ASG à l'administration de morphiniques la nuit. </td> </tr> </tbody> </table> Il ne s'agit pas d'un protocole de lutte contre la douleur produit et adapté par l'établissement. A la fin de ce document se trouve trois exemples d'échelle d'évaluation de la douleur : - L'échelle verbale simple - L'échelle Algoplus - L'échelle Doloplus Lors des échanges avec l'équipe de soin, il est transmis à la mission que le suivi de la douleur est relevé uniquement lorsqu'une douleur est signalée par le résident et non de façon systématique. Les médecins traitants sont très présents auprès de leurs patients et s'occupent du suivi de la douleur. Un autre professionnel a énoncé qu'il était souvent demandé aux résidents s'ils souffraient. Il a énoncé l'utilisation d'échelle des visages, mais que les évaluations sont le plus souvent faites aux sensations et observations. A la page 13 du RAMA de 2021, il est noté : « <i>Pourcentage de résidents sous antalgiques en 2021 : 0. L'équipe évalue la douleur sur observations sans vraiment utiliser d'échelle douleur.</i> » Il n'y a pas d'utilisation de pompe à morphine sur l'établissement. En cas de besoin, l'établissement fait appel à l'HAD.	MODE D'ENTRETIEN DES SUPPLÉMENTS		Date : 01/09/2018	Destinataire : Direction de l'autonomie	Objet : Administration de morphiniques (forme sèche et formes liquides) utilisées ne nécessitant aucune adaptation posologique, la nuit en CHU-AD, MAS et FAM par les ASG-AMF.	P.1 : Annexe 1 : Révisé de protocole indicatif de prescription de morphiniques la nuit pour les ASG-AMF-ASG Annexe 2 : Révisé de la formation des ASG-AMF- ASG à l'administration de morphiniques la nuit.	Ecart n°39 : L'établissement n'a pas rédigé de protocole sur la douleur. Les évaluations douleurs ne sont pas réalisées et tracées à l'aide d'échelle. Ces manquements contreviennent aux dispositions de l'article L1112-4 CSP.
MODE D'ENTRETIEN DES SUPPLÉMENTS		Date : 01/09/2018						
Destinataire : Direction de l'autonomie	Objet : Administration de morphiniques (forme sèche et formes liquides) utilisées ne nécessitant aucune adaptation posologique, la nuit en CHU-AD, MAS et FAM par les ASG-AMF.	P.1 : Annexe 1 : Révisé de protocole indicatif de prescription de morphiniques la nuit pour les ASG-AMF-ASG Annexe 2 : Révisé de la formation des ASG-AMF- ASG à l'administration de morphiniques la nuit.						

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
3.8.2.25	La gestion des soins palliatifs Il n'a pas été transmis à la mission de protocole relatif aux soins palliatifs. Dans le RAMA 2021 en page 13, il est noté : « Nous favorisons tant que possible l'accompagnement de fin de vie dans notre structure, ce qui permet à la personne âgée de mourir dans son lieu habituel, tout en étant rassurée, avec un entourage familial et professionnel connu. Le réseau de soins palliatifs « Quétude » est intervenu en 2021 pour un résident. »	Ecart n°40 : L'établissement n'a pas rédigé de protocole quant à la prise en charge des soins palliatifs ce qui contrevient à l'article R4312-43 du CSP.
3.8.3.1	Les postes dédiés aux soins Le poste dédié aux soins est situé au RDC de l'établissement à côté du bureau de la directrice. Le poste est propre et entretenu. Il y a trop d'affichages au mur ce qui les rend moins lisibles. Certaines de ces affichages devraient figurer dans les classeurs de résidents, de procédure, etc. La pièce dispose d'un réfrigérateur à médicament dont le contrôle de la température et de l'entretien ne sont pas réguliers. Le contenu du réfrigérateur est propre sans glace.	
3.8.3.2	Les équipements des postes de soin Les équipements dont dispose le poste de soin sont les suivants : - Un sac à dos d'urgence qui n'est pas complet et donc non opérationnel. - Un kit d'aspiration - Instruments de mesure - Produit d'hygiène ouverts sans date de péremption.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
3.8.3.3	Les moyens de sécurisation contre le vol et les affichages des locaux L'infirmier ferme à clé. La clé se trouve dans un petit boîtier placé à côté de la porte. Toutes les AS, les stagiaires ont le code du boîtier dans lequel il y a la clé, ainsi que la directrice, et les IDE. Au sein de l'infirmier, les armoires à dossiers des résidents et à médicaments ferment à clés dont seules les IDE et la directrice disposent de la clé. Les affichages ne sont pas tenus à jour et ne sont pour la plupart ni datés, ni signés. Les codes d'accès au logiciel de soin des vacataires sont affichés dans l'infirmier.	 Remarque n°41 : L'infirmier de l'établissement comportent trop d'affichage qui pour la plupart ne sont pas tenus à jour.
3.8.3.4	Le stockage des traitements hors pilulier Les traitements hors pilulier des résidents sont stockés dans une armoire verrouillée au sein de l'infirmier. Les bonnes pratiques d'identification ne sont pas respectées. En effet, seuls les noms figurent sur les casiers des résidents. Il manque le prénom, le numéro de chambre, la date de naissance et la photo. L'identification des traitements n'est pas mise en place au sein de la résidence ce qui contrevient à l'article R.4311-4 du CSP.	 (Cf. Ecart n°37)

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
3.8.3.8	Le sac à dos d'urgence L'équipe soignante est en attente de la formation permettant son utilisation. Il n'est pas scellé le jour de l'inspection. L'équipe médicale explique qu'à son arrivée en novembre, le chariot d'urgence était plein de poussières de ciment suite aux travaux, il n'avait pas été revu depuis les travaux et non pris en charge depuis le mois de mai. L'équipe s'est concentrée à créer un sac qu'elle a commandé. Il a fallu attendre sa réception, en attendant elle a fait une liste des médicaments (car tous les médicaments étaient périmés) sous ordonnance. Elle a également passé commande pour du matériel et lors de sa venue une fois par mois, elle met à jour le contenu du sac. L'établissement ne dispose pas d'obus à O2 mais d'un concentrateur fonctionnel.	Ecart n°41 : Le sac à dos d'urgence de l'établissement n'est pas scellé le jour de l'inspection et son contenu n'est pas complet. De plus, les équipes n'en connaissent pas le contenu et son utilisation ce qui contrevient aux articles D312-158 13° et L311-3 1° du CASF.
3.8.3.9	Le défibrillateur L'équipe soignante interrogée à ce sujet n'a aucune connaissance de la présence ou non d'un défibrillateur en état de fonctionnement et renvoie la mission vers le médecin coordonnateur ou la direction de l'établissement. Lors de l'échange avec l'équipe médicale, elle explique qu'il a bien été commandé, mais qu'elle n'a pas encore pu venir l'installer et former les équipes. La direction confirme cela en expliquant qu'elle est en recherche d'un emplacement adapté en accord avec la direction du groupe, qui ne souhaite pas le positionner dans une zone trop visible afin de ne pas jurer avec la décoration. La direction quant à elle aimerait le positionner à l'entrée de l'établissement afin de le rendre le plus accessible possible. La mission a bien constaté sa présence dans un carton dans le bureau de la direction. Cette situation est ainsi depuis plusieurs mois puisque l'ancien a été retiré au moment des travaux.	Ecart n°42 : Il n'est pas installé de défibrillateur au sein de l'établissement et donc pas de signalétique le concernant ce qui contrevient aux dispositions au décret n°2018-1186 du 19 décembre 2018, à la loi n°2018-527 du 28 juin 2018 et à l'arrêté du 29 octobre 2019 (signalisation DAE dans les ERP).
3.8.4.1	Le projet de soin individualisé Lors des échanges avec une professionnelle, il a été mentionné à la mission que les projets personnalisés ont lieu tous les jeudis dans l'après-midi autour de 16h avec l'IDE et la psychologue. Quelques fois la psychologue le laisse en transmission sur les projets à venir, mais il n'existe pas de planification. Il y a du retard dans les projets personnalisés. Tous ne sont pas à jour. Elle ne pense pas que tous les projets sont faits chaque jeudi car le jeudi c'est durant le temps de rencontre avec équipe soignante. Elle déplore ne pouvoir participer à ces temps d'échanges qui ne coïncident pas avec son planning.	Ecart n°43 : Il n'existe pas de calendrier de planification des projets de soin individualisés et un retard d'élaboration de certains projets est constaté par la mission ce qui contrevient à l'article D311 du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
	Lors de l'échange avec l'équipe, elle explique que l'idéal c'est de le faire en équipe pluri disciplinaire, avec le résident s'il le souhaite et s'il peut s'exprimer. Si ce n'est pas possible, le résident est vu en amont pour connaître ses attentes et ses demandes. Beaucoup de résident ne peuvent pas s'exprimer, l'équipe essaie de transcrire la demande avec l'appui de la psychologue et de la psychomotricienne. Elles essaient de se coordonner afin que l'une soit présente et fait un compte-rendu sur sa pratique pour en discuter ensuite avec les professionnels de la structure. L'équipe effectue un compte-rendu sur netsoin et en laisse toujours un exemplaire papier dans le classeur du résident. L'équipe explique ne pas parler de calendrier. Elle essaie d'en faire au moins 1 par mois et des fois un peu plus mais ce n'est pas formalisé. Ce sera plus en fonction des disponibilités de chacun et aussi en fonction des vacataires pareil. Essaie parfois de parler de deux situations dans une même réunion. La participation de la famille va dépendre. En général les familles sont associées quand le résident ne peut pas s'exprimer ou pour un nouveau résident si l'équipe a des demandes sur l'histoire de vie que la personne n'a pas pu communiquer. Parfois un compte-rendu est transmis à la famille si elle n'a pas pu être présente. Du retard sur les projets a été pris avec le Covid, mais sur 2022, elle déclare qu'ils ont tous été fait. Concernant les référents soignant des résidents, il n'y a rien de formalisé, mais il y a des soignants qui s'occupent plus souvent de certains résidents que d'autres. Donc de façon informelle, elle sait vers qui se tourner pour obtenir des informations.	
3.8.4.2	Le volet soin du projet d'établissement Le projet d'établissement transmis est pour la période 2019 à 2024. Il est au format Word non signé. Le projet d'établissement ne comporte pas de volet relatif aux soins.	Ecart n°44 : Le projet d'établissement ne comporte pas de projet de soin ce qui contrevient à l'article D312-158, 1° du CASF.
3.8.4.3	Les dossiers de liaison d'urgence Lors de l'échange avec l'équipe médicale, elle explique que les DLU sont consultables et imprimables au besoin sur net soin. Il n'est pas organisé de sortie papier des DLU.	(Cf. Ecart n°21)

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
4.2.1.1	Les urgences médicales L'établissement a signé une convention avec les Urgences Médicales de Paris pour l'évaluation et l'intervention sur des situations d'urgence pour des résidents en 2018 : durée 1 an renouvelable par tacite reconduction. Les personnels médicaux et paramédicaux libéraux L'établissement a passé des contrats avec deux masseurs kinésithérapeutes qui interviennent l'après-midi en semaine de 15h à 17h, l'un en 2013 et l'autre en 2020. L'établissement a également passé une convention relative à l'intervention d'un médecin coordonnateur du pôle médical HN92 en 2022 : durée 4 mois renouvelables. L'établissement a signé un protocole de coopération avec [REDACTED] en 2018 : durée 6 mois puis renouvellement annuel par tacite reconduction. L'établissement a signé en 2022 une convention d'astreinte infirmière de nuit dans le cadre de l'appel à candidatures lancés par l'Agence Régionale de Santé avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé infirmiers : durée 3 ans, sans conditions de renouvellement.	
4.2.1.2	L'accompagnement en HAD La convention signée avec l'HAD précise les contours de l'intervention de celle-ci dont il est possible de relever les points principaux suivants : - L'HAD intervient exclusivement sur un axe sanitaire qui relève de sa compétence ; - L'HAD est sollicitée sur demande du médecin traitant ou d'un médecin hospitalier après avis du Medco ; - L'HAD est réalisée lorsque les conditions suivantes sont réunies : état du résident nécessite une intervention technique justifiée par une affection aiguë ; le résident aurait dû être hospitalisé ou maintenu en hospitalisation ; le mode de prise en charge n'est pas redondant et est prévu dans la réglementation ; le medco doit préciser dans le dossier du résident la raison de la prise en charge et les soins nécessités par l'état du résident ; - La prise en charge des médicaments nécessaires au traitement d'une pathologie intercurrente ayant justifié l'intervention est assurée et financée par l'HAD sur prescription spécifique du médecin traitant ; La prise en charge de médicaments habituellement prescrits par le médecin traitant dans le cadre des soins pris en charge par l'EHPAD est assurée et financée par ce dernier.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
	Les conventions L'établissement a signé plusieurs conventions avec les structures suivantes : - Relative à la prévention du risque infectieux en EHPAD (risque associé aux soins) en 2018 : durée 1 an sans conditions de renouvellement ; - Avec l'Equipe Mobile de Gériatrie Externe, avenant n°9 du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2022 (Hôpital de rattachement : [REDACTED]) ; - Relative aux modalités de coopération entre les établissements de santé et un EHPAD dans le cadre d'une filière de soins gériatriques labellisée en 2020 : durée 3 ans sans conditions de renouvellement ; - Mise à disposition de matériel respiratoire en 2022 : durée 1 an renouvelable par tacite reconduction ; - De partenariat avec l'Hospitalisation A Domicile en 2013 : durée 3 ans renouvelable pour 3 ans par avenant ; - Avec un laboratoire du 17^{ème} arrondissement en 2021 : durée 1 an renouvelable par tacite reconduction. L'établissement n'a pas signé de convention avec une équipe mobile de gériatrie-psihiatrie, ni avec un centre de radiologie. Dans le projet d'établissement page 8-9, l'établissement a inscrit : « <i>Actuellement des conventions sont déjà signées avec :</i> - L'Equipe Mobile de Gériatrie [REDACTED] - [REDACTED] - UMP - L'HAD - Filiale de soins gériatriques labellisée [REDACTED] - Le réseau [REDACTED] - Les kinésithérapeutes - Les médecins traitants - La pharmacie de la gare - Le laboratoire [REDACTED] - Le Projet Action de Soins Infirmiers (ASI). »	Ecart n°45 : L'établissement n'a pas signé de convention sur tous les aspects liés à la prise en charge des résidents afin d'assurer une qualité des soins. (L.1110-5 CSP)
4.2.1.5		
	L'accompagnement sur les soins palliatifs L'établissement a signé une convention relative aux modalités d'intervention du réseau quiétude en 2017 : durée 1 an renouvelable par tacite reconduction. La responsabilité des soins effectués incombe au médecin qui a en charge habituellement le résident, le réseau quiétude s'engage notamment à : - Intervenir et soutenir les équipes par une aide à la réflexion, à la prise de décision, une aide à l'adaptation relationnelle ; - Accompagner le résident et les proches pendant la maladie en communiquant avec l'équipe et organisant si cela est pertinent un relais avec des professionnels des domaines psychologiques et sociaux ; - Former les personnels soignants et non soignants ; - Aider à la mise en œuvre d'une démarche et d'une procédure de diffusion de la culture palliative.	
4.2.1.6		

N°IGAS	Observations ou commentaires	E/R
4.2.1.7	Convention avec une pharmacie : L'établissement a passé une convention avec une pharmacie d'officine du 17^{ème} arrondissement en 2012 : durée 1 an renouvelable par tacite reconduction.	
4.2.2.1	Le partenariat avec des ESMS La mission d'inspection n'a pas relevé de partenariat avec des établissements et services médico-sociaux ou sociaux.	Remarque n°42 : L'établissement n'a pas signé de convention avec des partenaires associatifs permettant l'ouverture de la résidence sur le territoire.

Récapitulatif des écarts et des remarques

Ecart

Ecart	n°1	Le règlement de fonctionnement n'est pas conforme à la réglementation et contrevient aux articles R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF).
Ecart	n°2	Le plan bleu n'est pas suffisamment détaillé sur la gestion des crises en particulier sur l'évacuation de l'établissement, les défaillances énergétiques, les risques infectieux, etc. et contrevient à l'Arrêté du 7 juillet 2005, modifié 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.
Ecart	n°3	La directrice de l'EHPAD n'est pas titulaire d'une certification de niveau 1 (BAC +5), contrairement aux dispositions de l'article D. 312-176-6 du CASF.
Ecart	n°4	Au vu du nombre de personnes accueillies, le temps de travail du MedCo n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.
Ecart	n°5	L'absence de médecin coordonnateur au sein de l'équipe pluridisciplinaire l'EHPAD (poste vacant) contrevient aux articles D312-155-0 et D312-156 du CASF.
Ecart	n°6	La composition du CVS n'est pas conforme à l'article D311-9 du CASF.
Ecart	n°7	La fréquence des réunions du CVS n'est pas conforme à l'article D311-16 du CASF.
Ecart	n°8	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.
Ecart	n°9	Il n'y a pas de plan d'actions en matière d'amélioration continue de la qualité ce qui contrevient à l'article L312-8 du CASF.
Ecart	n°10	Le dernier rapport d'évaluation externe a été établi il y a plus de 5 ans, ce qui le rend obsolète et contrevient à l'article L.312-8 du CASF.
Ecart	n°11	La politique de déclaration interne des événements indésirables n'est pas développée au sein de l'EHPAD, ce qui ne participe pas à l'exhaustivité des déclarations qui auraient dues être faites aux autorités compétentes au titre de l'article L. 331-8-1 du CASF.
Ecart	n°12	L'établissement n'a pas mis en place un suivi et un bilan des EIG dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité, ce qui contrevient aux articles L331-8-1 et R331-8 et -9 du CASF.
Ecart	n°13	Ecart n°13 : La direction ne dispose pas d'un outil permettant de suivre les ETP des salariés présents. (L.311-3° CASF).
Ecart	n°14	La direction n'a pas formalisé les entretiens professionnels annuels ce qui contrevient à l'article L.6315-1 code du travail.
Ecart	n°15	L'établissement n'a pas constitué de dossier pour les professionnels qui interviennent dans l'établissement ce qui contrevient aux articles L.133-6 du CASF, D.312-155-0 du CASF, L.312-11 4° du CASF.
Ecart	n°16	L'organisation établie laisse apparaître une présence d'un seul salarié pendant la nuit, ce qui met en jeu la sécurité des résidents. Article 311-3° du CASF.
Ecart	n°17	La direction n'a pas précisé l'organisation de l'équipe de soins ce qui ne permet pas d'exclure des glissements de tâches entre les différentes catégories de professionnels et contrevient aux articles L311-3, 1° CASF, R4311-1 CSP, D312-155 2° CASF, R.4311-4 CSP.
Ecart	n°18	L'EHPAD ne dispose pas de rapport annuel d'activité formalisé au titre de l'année N-1, ce qui contrevient à l'article R314-50 du CASF.
Ecart	n°19	Le dossier médical du patient ne doit pas être conservé avec son dossier administratif en raison des données confidentielles qu'il contient et du secret médical ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
Ecart	n°20	Les dossiers administratifs des résidents ne sont pas complets ce qui contrevient aux articles L.311-4, L.311-5-1 CASF, L.1111-6 CSP.
Ecart	n°21	L'absence de circuit de sauvegarde des DLU, ou de sortie papier organisée ne permet pas de garantir la continuité des soins en cas de panne informatique et contrevient à l'article L311-3 3° du CASF (PEC et accompagnement de qualité).
Ecart	n°22	L'établissement ne dispose pas d'une balance en permanence pour la pesée des résidents ce qui contrevient à l'article L.1110-1-1 CSP.
Ecart	n°23	Il n'existe pas de calendrier annuel établi programmant les PAL des résidents de la résidence ce qui contrevient à l'article L311-3 7° du CASF.
Ecart	n°24	L'absence de réunion de la commission de coordination gériatrique contrevient à l'article D312-158 3° du CASF.
Ecart	n°25	Tous les médecins traitant intervenant dans l'EHPAD n'ont pas signé de contrat type prévu à l'article L314-12 du CASF.

Ecart	n°26	Les temps de transmission entre l'équipe de nuit et de jour ne sont pas prévus dans les plannings ce qui contrevient aux articles R4311-1 et 2 du CASF.
Ecart	n°27	Les contrats de séjour consultés par la mission ne comportent pas les directives anticipées remplies ce qui contrevient aux articles L1111-4 alinéa 3 et L1111-11 du CSP.
Ecart	n°28	L'absence de concertation pluridisciplinaire sur les bénéfices/risques des contentions et l'absence de suivi et de réévaluation contreviennent aux dispositions de l'article R311-0-7 du CASF.
Ecart	n°29	L'absence d'un médecin coordonnateur salarié de l'établissement intervenant en présentiel ne permet pas d'assurer la coordination de l'équipe soignante et contrevient aux dispositions de l'article D. 312-155-0, II du CASF.
Ecart	n°30	La plupart des protocoles de l'établissement, transmis à la mission sont bien trop anciens pour assurer une prise en charge des résidents de qualité et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité).
Ecart	n°31	La mission constate la présence de flacons ouverts sans indication des dates d'ouverture et de péremption, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.
Ecart	n°32	La mission constate que des prescriptions sont recopiées sur des flacons de produits de santé ouverts. (Article L311-3 3° du CASF (PEC et accompagnement de qualité).
Ecart	n°33	La mission constate que la distribution des traitements s'effectue par des ESI de 1ère année seules sans supervision ni accompagnement d'une IDE titulaire (Article L.313-26 du CASF).
Ecart	n°34	L'établissement ne dispose pas d'une liste préférentielle de médicaments ce qui contrevient à l'article L5126-6-1 CSP (liste préférentielle de médicament en ESMS).
Ecart	n°35	Le stock tampon n'est pas organisé, vérifié et se compose de traitements non utilisés d'ancien résident. (Articles R5126-108 et R4312-38 du CSP).
Ecart	n°36	L'identitovigilance des traitements n'est pas mise en place au sein de la résidence ce qui contrevient à l'article R.4311-4 du CSP.
Ecart	n°37	Il n'a pas été rédigé de protocole relatif à la délégation des traitements par les IDE aux AS pour la distribution du matin et de nuit précisant les modalités légales de cette délégation ce qui contrevient aux articles R4311-7 et R.4311-5 (4°) du CSP.
Ecart	n°38	La mission constate la présence de nombreux stupéfiants appartenant à un résident décédé qui n'ont pas été rendu à la pharmacie ce qui contrevient à l'article R5132-36 du CSP.
Ecart	n°39	L'établissement n'a pas rédigé de protocole sur la douleur. Les évaluations douleurs ne sont pas réalisées et tracées à l'aide d'échelle. Ces manquements contreviennent aux dispositions de l'article L112-4 CSP.
Ecart	n°40	L'établissement n'a pas rédigé de protocole quant à la prise en charge des soins palliatifs ce qui contrevient à l'article R4312-43 du CSP.
Ecart	n°41	Le sac à dos d'urgence de l'établissement n'est pas scellé le jour de l'inspection et son contenu n'est pas complet. De plus, les équipes n'en connaissent pas le contenu et son utilisation ce qui contrevient aux articles D312-158 13° et L311-3 1° du CASF.
Ecart	n°42	Il n'est pas installé de défibrillateur au sein de l'établissement et donc pas de signalétique le concernant ce qui contrevient aux dispositions au décret n°2018-1186 du 19 décembre 2018, à la loi n°2018-527 du 28 juin 2018 et à l'arrêté du 29 octobre 2019 (signalisation DAE dans les ERP).
Ecart	n°43	Il n'existe pas de calendrier de planification des projets de soins individualisés et un retard d'élaboration de certains projets est constaté par la mission ce qui contrevient à l'article D311 du CASF.
Ecart	n°44	Le projet d'établissement ne comporte pas de projet de soins ce qui contrevient à l'article D312-158, 1° du CASF.
Ecart	n°45	L'établissement n'a pas signé de convention sur tous les aspects liés à la prise en charge des résidents afin d'assurer une qualité des soins. (L.1110-5 CSP).

Remarques

Remarque n°1	Le projet d'établissement ne contient pas de fiches action et ne permet pas de mettre en évidence la façon dont il est approprié par les salariés.
Remarque n°2	L'organigramme transmis à la mission ne fait pas apparaître les liens hiérarchiques ni fonctionnels et ne présente pas le nombre d'ETP par poste. Ces manquements contreviennent à l'article L311-8 du CASF.
Remarque n°3	Il n'y a pas de réunion de direction (CODIR, COPIL, COMEX, etc.) au sein de l'EHPAD, ce qui peut fragiliser la continuité de fonctionnement de l'EHPAD et la réalisation des actions d'amélioration de la qualité.
Remarque n°4	L'organisation RH telle que présentée manque de structuration.
Remarque n°5	Il n'existe pas de formalisation des astreintes avec une procédure rédigée et un calendrier préétabli. De plus, les professionnels d'astreintes sont contraints d'utiliser leur téléphone privé.
Remarque n°6	L'IDEC/DIR ne dispose pas de formation relative à ses fonctions au sein de l'EHPAD ce qui fragilise la coordination entre les professionnels soignants et limite l'évaluation des bonnes pratiques en matière de soins et de promotion de la bientraitance.
Remarque n°7	La responsable qualité n'est pas connue des autres professionnels de l'établissement.
Remarque n°8	L'absence de diffusion du planning et des ordres du jour des CVS ne permettent pas une participation de qualité de ses membres.
Remarque n°9	La mission n'a reçu aucun élément permettant de s'assurer du bon déroulement des formations sur la bientraitance.
Remarque n°10	Il n'existe aucune procédure permettant le signalement en cas d'agression ni de plan de soutien aux professionnels.
Remarque n°11	Il n'est pas mis à disposition de cahier de recueil des réclamations et/ou doléances des résidents et des familles.
Remarque n°12	Les enquêtes de satisfaction ne sont pas suivies ni analysées.
Remarque n°13	Il n'existe pas de procédure de déclaration et gestion des EI liés au circuit du médicament.
Remarque n°14	L'équipe n'est pas stabilisée et plus de la moitié des salariés sont présents dans l'établissement depuis au moins trois ans. (D.312-155-0 CASF & L.311-3° CASF)
Remarque n°15	La direction n'a pas rédigé de fiches de postes pour toutes les catégories de professionnels de l'établissement.
Remarque n°16	La direction n'a pas rédigé de fiches de tâches horaires pour toutes les catégories de professionnels de l'établissement.
Remarque n°17	La direction ne s'est pas assurée de l'inscription ordinaire des infirmiers.
Remarque n°18	Les dossiers du personnel ne sont pas complets et ne contiennent pas toutes les pièces réglementaires nécessaires.
Remarque n°19	L'établissement ne s'est pas doté d'outils d'aide à la mobilité professionnelle par des formations diplômantes et une démarche d'accompagnement à la VAE identifiable.
Remarque n°20	L'établissement ne dispose pas d'un livret d'accueil pour les nouveaux professionnels ni d'une procédure d'accompagnement. (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 »).
Remarque n°21	L'établissement ne s'est pas engagé dans une démarche qualité pour la prise en charge des résidents par l'organisation de temps d'échange formalisés, d'analyse de pratiques et de démarche de questionnement éthique. (Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (HAS - 08/03/2022)).
Remarque n°22	L'établissement ne dispose pas d'un planning suffisamment fiable, l'outil doit être revu et consolidé pour permettre un suivi efficace des salariés présents.
Remarque n°23	L'établissement n'assure pas un remplacement systématique des absences ce qui met en jeu la sécurité des résidents.
Remarque n°24	Deux salariés occupent des fonctions d'aide-soignant sans en avoir la qualification. Trois salariés occupent des fonctions d'auxiliaire de vie et sont agents de service hôtelier.
Remarque n°25	La direction n'a pas formalisé de procédure pour organiser les remplacements.

Remarque	n°26	L'établissement n'organise pas de commission d'admission.
Remarque	n°27	Il n'est pas désigné de référent pour les résidents de l'établissement entraînant une non-référence PAI par résident.
Remarque	n°28	Il n'est pas organisé des réunions d'analyse de pratique au sein de la résidence.
Remarque	n°29	L'établissement n'organise pas suffisamment de réunions pluridisciplinaires formelles et formalisées ce qui ne permet pas la mise en place de temps d'échange formels et de qualité permettant d'assurer la continuité et la coordination des soins.
Remarque	n°30	Les médecins traitant n'utilisent pas le logiciel de soin pour la prescription sachant que le médecin coordonnateur intervient essentiellement en distanciel.
Remarque	n°31	Les contrats de séjour consultés par la mission ne comportent pas l'annexe relative à la personne de confiance.
Remarque	n°32	Les commissions d'animation suspendues pendant la COVID et les travaux n'ont au jour de l'inspection toujours pas été remises en place.
Remarque	n°33	Les commissions menus suspendues pendant la COVID et les travaux n'ont au jour de l'inspection toujours pas été remises en place.
Remarque	n°34	L'établissement ne dispose pas d'une procédure rédigée sur l'aide au repas.
Remarque	n°35	L'établissement ne dispose pas d'une procédure rédigée pour les changes.
Remarque	n°36	La mission constate que lors de la distribution des traitements, les soignantes n'utilisent pas le classeur de distribution comportant la fiche de traitement et l'ordonnance originale.
Remarque	n°37	Il n'est pas mis en place à disposition des équipes de soin, le guide quant au bon usage du médicament.
Remarque	n°38	Les ordonnances ne sont pas systématiquement retranscrites dans le logiciel de soin du fait de l'absence d'un médecin coordonnateur salarié de l'établissement, entraînant une impossibilité de générer une fiche de traitement Netsoin.
Remarque	n°39	Les conditions de préparation des médicaments ne sont pas réunies afin d'éviter les interruptions volontaires de tâches. De plus, il n'est pas réalisé de double vérification de la préparation.
Remarque	n°40	L'établissement ne dispose pas de liste ou de protocole concernant les médicaments à ne pas broyer d'autant plus que certaines distributions médicamenteuses sont effectuées par les AS.
Remarque	n°41	L'infirmerie de l'établissement comporte trop d'affichage qui pour la plupart ne sont pas tenus à jour.
Remarque	n°42	L'établissement n'a pas signé de convention avec des partenaires associatifs permettant l'ouverture de la résidence sur le territoire.

Conclusion

L'inspection en mode inopiné de l'EHPAD Le Trèfle Bleu, géré par la SARL Le Trèfle Bleu (Groupe Age d'Or) a été réalisée le 21 mars 2023 à partir la visite de l'établissement, des entretiens avec le personnel et l'analyse de documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a constaté le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les domaines suivants :

- Retour positif de famille et résident sur la prise en charge des professionnels suivants : Infirmier, kinésithérapeute, psychologue et psychomotricien,
- Cuisine gouteuse et présentation appréciée,
- Etat des locaux, propres et refaits à neuf.

Elle a également relevé [REDACTED]

- ✓ Les outils de la loi 2002-2 ne sont pas conformes à la réglementation : projet d'établissement, règlement intérieur, plan bleu, rapport annuel d'activité...,
- ✓ Les outils relatifs à la gestion du personnel et à son management ne sont pas développés voire efficaces,
- ✓ L'absence de médecin coordonnateur et d'infirmière coordinatrice,
- ✓ L'organisation et la réunion du conseil de la vie sociale ne sont pas conformes,
- ✓ La gestion des événements indésirables graves est défailante,
- ✓ L'inexistence d'un plan d'amélioration de la qualité et des actions qui y sont liées,
- ✓ Les dossiers des résidents et des salariés ne sont pas complets, ni conformes à la réglementation,
- ✓ L'organisation de l'équipe de soins laisse apparaître des manquements à une prise en charge de qualité,
- ✓ L'établissement ne dispose pas du matériel nécessaire à une prise en charge efficace,
- ✓ La gestion et le circuit du médicament ne sont pas établis selon les bonnes pratiques en matière d'identitovigilance et ne sont pas sécurisés,
- ✓ Les procédures ne sont pas actualisées, voire inexistantes (gestion de la douleur, soins palliatifs).

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

Saint Denis, le 23/10/2023

Inspectrice ARS au titre de l'article L.1435-7 du code de la santé publique. Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France	Le responsable de la mission inspection des ESMS, Sous-direction de l'Autonomie, Direction des Solidarités, Ville de Paris
	

71/75

Maryse VALLERY	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



Direction de l'Autonomie
Agence régionale de santé Île-de-France

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

Affaire suivie par : Cassandra ROCHETTE
Courriel : [REDACTED]
Téléphone : [REDACTED]

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

Monsieur Frédéric MUSSO, chargé du contrôle
des ESMS parisiens, sous-direction de
l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de
Paris

Docteur Christine BERBEZIER, conseillère
médicale, sous-direction de l'autonomie,
Direction des solidarités, Ville de Paris

Madame Maryse VALLERY, inspectrice ARS,
conseillère technique de travail social, Pôle
Prévention Promotion de la Santé, Délégation
Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Madame Florence THIBAUT, stagiaire EN3S,
Délégation départementale de Paris, Délégation
Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Saint-Denis, le

Messieurs, Mesdames,

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 plan rejoint la volonté de la Maire de Paris de procéder au contrôle de l'ensemble des EHPAD parisiens.

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD Le Trèfle Bleu (FINESS géographique 750041030) située au 152 Rue Cardinet - 75017 Paris, géré par le Groupe l'Âge d'Or, et qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

Cette mission d'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 ;
- 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.

9496 Quai de la Rapée
75012 Paris
Tel : 01 43 47 77 77
paris.fr

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tel : 01 48 02 00 00
iledefrance.ars@arsn.fr

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Cassandra ROCHETTE chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris, coordonnatrice de la mission d'inspection ;
- Monsieur Frédéric MUSSO chargé du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désigné sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;
- Docteur Christine BERBEZIER, conseillère médicale, sous-direction de l'autonomie, Direction des Solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris.

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

- Madame Maryse VALLERY, désignée en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé au titre de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique, Délégation départementale de Paris, ARS Ile-de-France ;

La mission sera accompagnée de Madame Florence THIBAUT, stagiaire EN3S, affectée à la délégation départementale de Paris de l'ARS Ile-de-France.

L'inspection sera réalisée sur le mode inopiné et débutera à compter du **21 mars 2023 à 8h30**. 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.

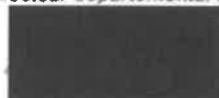
Un rapport nous sera remis dans un délai de deux mois à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article 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'Ile-de-France et, par délégation,

Pour la Maire de Paris et, par délégation,

Le Directeur départemental de Paris



Tanguy BODIN

L'Adjointe de la sous-directrice de l'Autonomie
Direction des Solidarités



Servanne JOURDY

