

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) LES AMBASSADEURS – NATION
125 rue de Montreuil 75011 Paris
N° FINESS : 750033979**

**RAPPORT D'INSPECTION
N° 2023_IDF_00199
Contrôle sur place le 16 novembre 2023**

Mission conduite par :

- Madame Sameya LADJADJ, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordinatrice de la mission ; Inspection régionale autonomie santé,
- Madame Sophie PASQUIER, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale autonomie santé ;
- Madame Adina HENEGAR, médecin inspecteur de santé publique, Inspection régionale autonomie santé ;
- Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, désignée par La Maire de Paris au titre de l'article L.133-2 du CASF
- Accompagnée par :
- Madame Florence PEKAR, chargée du contrôle des ESMS parisiens

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 depositaires 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

INTRODUCTION	5
CONTEXTE DE LA MISSION D'INSPECTION	5
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	5
PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	6
CONSTATS.....	7
1. GOUVERNANCE.....	8
1.1. CONFORMITE AUX CONDITIONS DE L'AUTORISATION	8
1.2. MANAGEMENT ET STRATEGIE.....	10
1.3. ANIMATION ET FONCTIONNEMENT DES INSTANCES	16
1.4. GESTION DE LA QUALITE	17
GESTION DES RISQUES, DES CRISES ET DES EVENEMENTS INDESIRABLES	19
2. FONCTIONS SUPPORT	23
2.1. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	23
2.2. GESTION D'INFORMATION	29
2.3. BATIMENTS, ESPACES EXTERIEURS ET EQUIPEMENT	32
3. PRISES EN CHARGE	36
3.1. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ADMISSION A LA SORTIE.....	36
3.2. RESPECT DES DROITS DES PERSONNES	41
VIE SOCIALE ET RELATIONNELLE	43
3.3. VIE QUOTIDIENNE. HEBERGEMENT :	43
3.4. SOINS.....	46
4. RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR	58
4.1. COORDINATION AVEC LES AUTRES SECTEURS.....	58
RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES	60
ÉCARTS	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
REMARQUE	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
CONCLUSION	63
ANNEXES	66
ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION DES AGENTS CHARGES DU CONTROLE	66
ANNEXE 2 : LISTE DES DOCUMENTS DEMANDES HORS TABLEAU RH ET RELEVÉ DES DOCUMENTS TRANSMIS.	68

SYNTHESE

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 décembre 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC).

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

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopinée, associant conjointement l'ARS et la ville de Paris.

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

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

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

6. Gestion des ressources humaines
7. Gestion d'information
8. Bâtiments, espace extérieurs et équipement
9. Sécurité

PRISE EN CHARGE

10. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
11. Respect des droits des personnes
12. Vie sociale et relationnelle
13. Vie quotidienne - Hébergement
14. Soins

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

15. Environnements
16. Coordination avec les autres secteurs

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Cf. chapitre « Conclusion ».

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 « Les Ambassadeurs-Nation » situé au 125 rue de Montreuil -75011 Paris, n° FINESS 750033979 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 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.

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

Modalités de mise en œuvre

L'inspection s'est déroulée le 16 novembre 2023, de manière inopinée, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée).

Le contrôle a été réalisé conjointement par l'ARS Île-de-France et la Ville de Paris.

La mission d'inspection a réalisé des entretiens avec des professionnels et des usagers, à savoir :

Pôle d'intervention	Administratif	Prise en charge hors soin	Comité social d'entreprise	Prise en charge soin	Usagers
Personnes rencontrées	1 directrice 1 adjointe de direction 1 agent d'accueil 1 secrétaire	1 animatrice 1 cuisinier 1 second de cuisine 6 ASH 1 gouvernante	2 représentants élus	1 IDEC 1 MedCO 1 psychologue 1 AS de nuit 7 AS 3 AMP	2 résidents 1 tuteur

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

6. Gestion des ressources humaines
7. Gestion d'information
8. Bâtiments, espace extérieurs et équipement
9. Sécurité

PRISE EN CHARGE

10. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
11. Respect des droits des personnes

12. Vie sociale et relationnelle
13. Vie quotidienne - Hébergement
14. Soins

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

15. Environnements
16. 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**.

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

Présentation de l'établissement

Situé au 125/127 rue de Montreuil -75011 Paris, l'EHPAD « Résidence Les Ambassadeurs –Nations » est géré par DOLCEA GDP située au 7 avenue de l'Opéra -75001 Paris.

Ouvert le 6 juin 2010, l'EHPAD « Les Ambassadeurs » dispose de 85 places en hébergement permanent dont 16 places en Unité de Vie Protégée (destinée à l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée avec des trouble psycho-comportementaux) et 5 places en hébergement temporaire.

Il ne comprend plus de places en accueil de jour depuis l'arrêté n° 2017-143 modifiant la capacité d'hébergement pour personnes dépendantes du 23 mai 2017.

Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à hauteur de 18 places.

Les derniers GMP et PMP validés en 2023 s'élèvent respectivement à 750 et 250 ¹. Aussi, les données de l'EHPAD sont- au-dessus des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnées.

Les 87 résidents accueillis au 16/11/2023 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD					
16/11/2023					
IDF²					

Trois résidents n'ont pas bénéficié au jour de l'inspection de l'évaluation du GIR, puisqu'ils venaient d'intégrer l'EHPAD.

Plus précisément, la distribution des GIR et GMP par unités est la suivante :

Étage/bâtiment	Type d'unité	Nombre de résidents accueillis	GIR moyen	GMP moyen
Rez de chaussée	UVP	16 (14 présents)		
Étage 1	Classique	37 (34 présents)		
Étage 2	Classique	37 (36 présents)		

D'après le compte de résultat de l'ERRD 2022, l'EHPAD avait **2 061 086,75 €** de charges et **1 824 473,74 €** de produits dont :

- 132 861,73 € à la charge de la Ville de Paris et 326 984,48 € à la charge des résidents au titre de l'hébergement ;
- 1 355 941,73 € au titre du soin.

La signature du CPOM était prévue en 2022. Les négociations ont débuté et ont été interrompues.

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

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

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Les Ambassadeurs-Nation		
Nom de l'organisme gestionnaire	DOLCEA		
Numéro FINESS géographique	75 003 397 9		
Numéro FINESS juridique	75 005 650 9		
Statut juridique	SARL (EHPAD privé commercial soumis à la loi 90-600 du 6 juillet 1990)		
Option tarifaire	Tarif partiel		
PUI	Sans PUI		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ³
	HP	85	85
	HT	5	5
	UVP		16
		Année 2016	Année 2023
PMP Validé			
GMP Validé			

Constats

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

Consignes de lecture :

La grille de contrôle est renseignée de la façon suivante :

Écart : toute non-conformité constatée par rapport à une référence juridique, identifié **E** dans le rapport ;
Remarque : tout dysfonctionnement ou manquement ne pouvant pas être caractérisé par rapport à une référence juridique, identifié **R** dans le rapport.

Références réglementaires et autres références

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP), notamment de la Haute Autorité de Santé (HAS).-
Code de l'action sociale et des familles (CASF)- Code de la santé publique

³ Au jour du contrôle sur place

1. Gouvernance

1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
1.1.1.1 1.1.1.2	Statut juridique et conformité aux conditions d'autorisations de l'EHPAD Les Ambassadeurs Nation. [Redacted]	L'EHPAD est l'établissement siège de l'entreprise PARIS 11EME, c'est une société à responsabilité limitée. L'EHPAD a une capacité de 90 places dont 5 en hébergement temporaire. La convention tripartite signée en octobre 2016 prévoit à l'article 2 alinéa deux que l'établissement s'engage à assurer une priorité d'admission aux ressortissants parisiens à hauteur de minimum de 80%. Il s'engage également à avoir un taux d'occupation des places d'hébergement temporaire en EHPAD supérieur à 70% Au jour de la visite les places en accueil temporaire occupées étaient au nombre de 2 mais le ratio annuel du taux d'occupation est conforme à l'arrêté du 30 novembre 2006(arrêté n°2006-334-3) et l'arrêté du 23 mai 2017(n° 2017-143 modifiant la capacité d'hébergement pour personnes dépendantes du 23 mai 2017). L'occupation correspond aux critères inscrits dans l'article D312-8 et -9 du CASF (accueil temporaire)
1.1.1.5	Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens [Redacted]	Les négociations du CPOM dont la signature était initialement prévue en 2022 ont débuté et ont été interrompues.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
1.1.3.1	La population accueillie :	La population accueillie est constituée de 87 résidents dont ■ hommes. L'âge moyen est égal à ■ ans, l'âge médian à ■ ans et l'étendue des âges est comprise entre ■ ans et ■ ans. Concernant leur état de santé, parmi les quatre-vingt-sept résidents de l'EHPAD : -nt dans leurs antécédents un trouble cognitif ; - ont dans leurs antécédents un trouble dépressif ; -ont dans leurs antécédents une dénutrition ; -ont dans leurs antécédents un diabète ; -ont dans leurs antécédents des troubles de la marche ou des chutes à répétition. Par ailleurs, l'état pondéral actuel des quatre-vingt-sept résidents se décline comme suit : - Dix-sept résidents ayant un poids normal ; - Quarante-quatre résidents dénutris dont vingt-sept ayant une dénutrition sévère et quatre une dénutrition non classable, car les valeurs de l'albuminémie ne sont pas disponibles ; - Quatorze résidents en surpoids ; - Onze résidents obèses ; - Un résident non classable, car les soignants ne disposent pas de la valeur de sa taille. Concernant l'état de dépendance des quatre-vingt-quatre résidents évalués : - ■ résidents ont un GIR égal à 1 ; - ■ résidents ont un GIR égal à 2 ; - ■ résidents ont un GIR égal à 3 ; - ■ résidents ont un GIR égal à 4, - ■ résidents ont un GIR égal à 6. La proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 est égale à ■ %, et la proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 est égale à ■ %. Ces proportions sont conformes à la réglementation.

1.2. Management et Stratégie

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement	L'établissement ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement à jour. Il a été indiqué qu'il était en cours d'actualisation. 2 réunions de travail ont eu lieu le 31 octobre et le 2 novembre 2023 en présence de l'assistante de direction et de la psychologue. Ces réunions ont eu comme objectif la mise à jour du règlement de fonctionnement. Ecart n°1 : L'établissement ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement à jour, ce qui contrevient à l'article L311-7 CASF du CASF.
1.2.1.4 1.2.1.5	Le projet d'établissement :	L'EHPAD ne dispose pas actuellement d'un projet d'établissement formalisé et en cours de validité. Le dernier projet d'établissement porte sur la période 2015 - 2020. Ce projet, échu au moment de l'inspection de l'EHPAD, comporte plusieurs parties ayant trait à la prise en charge soignante : - Le chapitre relatif à la description de la population accueillie en relation notamment avec le degré de dépendance des personnes accueillies ; - Le chapitre projet de vie et notamment le sous-chapitre projet de vie individualisé ; - Le chapitre relatif au projet de soins, dont une partie est dédiée à la prise en charge des résidents en fin de vie. Un nouveau projet d'établissement est en cours de rédaction. Un retro planning des réunions a été fourni. 25 réunions sont prévues entre novembre 2023 et mars 2024, sur les différentes thématiques de ce projet d'établissement : projet de vie, projet social, projet hôtelier, projet de soins, organisation de la démarche qualité et gestion des risques...Il couvrira la période 2023-2028. Il comportera un volet soins à l'élaboration duquel participent la directrice, le médecin coordonnateur, l'IDEC, la psychologue, l'animatrice, les IDE et les AS. Ce volet comporte une partie dédiée à la bientraitance. L'élaboration du nouveau projet d'établissement se fait à partir du projet précédent Ecart n°2 : L'établissement ne dispose pas à ce jour d'un projet d'établissement formalisé et en cours de validité, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
1.2.1.6	Plan bleu actualisé et adapté.	Un plan d'organisation en cas de canicule (version 4, Réf. : SOINS/PROT/001), rédigé par l'ancienne IDEC et le médecin coordonnateur, a été validé le 17 mai 2023 par le médecin coordonnateur. Il comporte 42 pages qui sont toutes dédiées à la prise en charge des résidents en cas de canicule. Après une brève introduction dans le sujet, dix annexes définissent : - Les spécificités du plan canicule 2023 ; - Les pathologies liées à la chaleur ; - La conduite à tenir en cas de fortes chaleurs ; - Le protocole d'hydratation ; - Le suivi collectif et individuel d'hydratation ; - Les pathologies et les médicaments majorant le risque de déshydratation ; - La fiche de suivi des climatiseurs et relève des températures ; - Le courrier destiné aux médecins traitants ; - Le courrier d'informations aux familles ; - Le courrier destiné aux cuisines ; - Le courrier destiné à l'ARS. Le plan d'organisation en cas de canicule précise que plusieurs espaces collectifs bénéficient d'installations fixes de climatisation, à savoir trois salons, quatre salles à manger et l'accueil de l'EHPAD. Par ailleurs, le plan bleu présente les modalités de la continuité d'activité, plus précisément les « gardes » qui ont été mises en place entre trois des quatre médecins traitants de l'EHPAD, afin d'apporter un conseil médical en cas de besoin. Ces « gardes » ne recouvrent pas complètement la période dans laquelle il est susceptible de se produire des canicules, notamment, pour 2023, l'intervalle de temps compris entre 25 juillet et 1^{er} août 2023. Cependant, des correspondants hospitaliers aurait pu être contactés en cas de besoin, lors de cette période courte de temps. Leurs coordonnées sont consignées dans le plan bleu. Les modalités de reprise d'activité ne sont cependant pas spécifiées dans le plan bleu transmis. La mission constate que le plan bleu fourni n'est qu'un plan de gestion de la canicule alors que le plan bleu est un outil de gestion de crise globale. Ecart n°3 : Le plan bleu ne porte que sur la gestion des épisodes de canicule. Il est donc partiel et n'aborde pas toutes les dimensions obligatoires ce qui contrevient à l'article D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique).
1.2.2.1 1.2.2.2 1.2.2.6 1.2.2.7 1.2.2.9	Organisation hiérarchique de l'EHPAD	La directrice exerce sa mission depuis le [REDACTED] sur un [REDACTED]

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
		La directrice, présente lors de l'inspection sur site, a été recrutée avec un niveau de diplôme correspondant aux articles D312-176-6 et suivants du CASF (certification de niveau I du directeur). Le DUD et sa fiche de poste lui permettent d'exercer les délégations accordées en toute cohérence avec les besoins de la structure et des usagers. Un organigramme, a été transmis à la mission d'inspection, il traduit les liens hiérarchiques à partir du président du groupe GDP Vendôme⁴. Un organigramme supplémentaire a été transmis, qui situe les liens hiérarchiques et fonctionnels au niveau du Groupe. Le directeur régional en charge des EHPAD est le supérieur hiérarchique de la directrice. Des réunions de direction avec le siège s'effectuent de manière trimestrielle ou selon les besoins ponctuels. Les relations formelles décrites par la directrice lui permettent d'avoir la possibilité de négocier les projets initiés par ses équipes pour le bien être des résidents.
1.2.2.3	Eléments du climat social	Le climat social au sein de l'EHPAD s'est apaisé depuis l'arrivée de la directrice. Les deux délégués du personnel avec lesquels les membres de la mission se sont entretenus, ainsi que l'ensemble des professionnels rencontrés n'ont pas fait part de climat social dégradé. Il a été mentionné également la disponibilité, l'écoute et le retour systématique dont fait preuve la direction lorsqu'une demande est réalisée par les professionnels.
1.2.2.5 1.2.2.8	Les astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et les astreintes techniques	Un planning actualisé est présent au sein des offices désignant l'infirmier (IDE de nuit, en prestation extérieure en intervenant dans le cadre de la continuité des soins) et l'administratif d'astreinte. L'astreinte de nuit et weekend est répartie entre l'IDEC, la directrice. L'organigramme de l'EHPAD fourni lors de l'inspection sur site, place la directrice sous l'autorité du Président. L'organigramme de l'organisme gestionnaire réceptionné à la demande de la mission, pour comprendre qui effectue les astreintes en son absence notamment, place en fait la directrice sous l'autorité directe du directeur régional. Le DUD du directeur régional a été transmis, il remplace la directrice en son absence dans le cadre d'une astreinte. La directrice organise son emploi du temps en faisant en sorte d'être présente lors de l'absence d'au moins deux professionnels administratifs.

⁴ Le groupe GDF Vendôme a été fusionné avec Dolcea en 2011.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
1.2.2.10	Délégations de signature : 	Le document unique de délégation (DUD) de pouvoirs au directeur prévoit une délégation de la gestion financière du quotidien et une délégation de signature permettant une mise en œuvre du projet d'établissement. Le DUD a été présenté au CVS de Juin 2018. Le document est conforme à l'article D315-68 CASF.
1.2.2.11	Pouvoir de subdéléguer 	La directrice n'a pas cette compétence, le directeur régional en l'absence de la directrice effectue les signatures nécessaires
1.2.2.12 1.2.2.13	L'IDEC 	L'EHPAD dispose d'un nouvel IDEC depuis le [REDACTED]. Il est présent au sein de la structure [REDACTED]. Son parcours professionnel comporte une formation [REDACTED] mais ne comporte pas une formation spécifique à la coordination infirmière en l'EHPAD. Remarque 1 : L'IDEC n'a pas dans son parcours professionnel, de référence en matière de coordination d'établissement. Par ailleurs, la direction de la structure a communiqué à la mission d'inspection la fiche de poste de l'IDEC. Celle-ci est signée par les deux parties prenantes. La fiche de poste comporte deux parties : - La définition du poste ; - Les missions. La partie missions comporte les sous-chapitres suivants : - Encadrer l'équipe soignante ; - Veiller à la qualité, la continuité et la sécurité des soins ; - Participer à l'élaboration du projet des soins ; - Contribuer à la démarche de certification / d'évaluation interne et externe de l'EHPAD.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
1.2.2.14	MedCo ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge D312-156 du CASF (ETP MedCo)	L'un des médecins de l'EHPAD, qui assurait la prise en charge de certains résidents en tant que médecin traitant, a accepté courant [REDACTED], après le départ de l'ancien médecin coordonnateur, la fonction de coordination médicale. Il est présent, en tant que coordonnateur, sur site [REDACTED]. Il assure donc [REDACTED], soit [REDACTED] ETP de temps de coordination. Ecart n°4 : La quotité de travail réglementaire du médecin coordonnateur est de 0.6 ETP compte tenu de la capacité de l'EHPAD. Or la quotité de travail effective du MEDCO n'est que de [REDACTED] ETP (sur place), ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-156 du CASF. Par ailleurs, le médecin coordonnateur assure actuellement la prise en charge de 36 résidents de l'EHPAD. Pour cela il intervient dans les locaux de l'EHPAD à raison de deux à trois matinées par semaine. Le médecin coordonnateur n'assure pas d'astreintes médicales.
1.2.2.15	Diplômes du Med Co D312-157 CASF (diplôme MedCo) et D312-159-1 CASF (contrat du MedCo) décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (qualification, missions et rémunération MedCo)	L'actuel médecin coordonnateur a une formation [REDACTED]. Il ne dispose ni d'un DU de médecin coordonnateur en EHPAD, ni d'une capacité de gériatrie, ni d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie, ni d'un diplôme de médecin coordonnateur d'EHPAD. Ecart n°5 : Le médecin coordonnateur n'est pas titulaire d'un diplôme relatif à cette fonction, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-157 du CASF.
1.2.2.17	Contrat sur ses modalités d'exercice, ETP et les missions du MEDCO D312-159-1 CASF (Contrat MedCo) R313-30-1 CASF (professionnels libéraux avec EHPAD) L314-12 CASF (contrat MedCo est Médecin traitant)	Le MEDCO dispose d'un contrat de travail en [REDACTED] qui a pris effet à partir du [REDACTED]. Ce contrat précise que le MEDCO « déclare être titulaire du diplôme l'autorisant à exercer ses fonctions [...] ». Par ailleurs, la présence du MEDCO au sein de l'EHPAD est de [REDACTED]. « Les horaires de travail sont répartis de la manière suivante : [REDACTED]. Cette quotité de temps correspond à [REDACTED]. Les missions du MEDCO sont consignées dans sa fiche de poste. Celle-ci date du 7 avril 2021 et est signée seulement par le MEDCO. La fiche de poste, comporte trois parties : - Définition du poste ; - Missions ;

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
		- Autres activités. La partie missions du contrat de travail reprend les 14 missions du MEDCO stipulées à l'article D.312-158 du CASF. La dernière partie du contrat de travail relative aux autres activités complète et renforce les missions principales du MEDCO.
1.2.3.5	Les affichages 	Le hall d'accueil de l'établissement comporte de nombreux affichages : - La présentation des équipes avec photo et indication de la qualification du salarié; - La charte des droits et libertés de la personne accueillie ; - Le programme des animations de la semaine et des événements spéciaux (anniversaires, repas à thèmes, gouters des familles...); - Le menu de la semaine - Les tarifs et horaires des diverses prestations (coiffeur, esthéticienne...); - Les tarifs fixés par la Ville de Paris pour la dépendance et l'hébergement pour les places habilitées à l'aide sociale ; - Les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA) ainsi que les coordonnées des services de la Ville de Paris et de l'ARS. La mission a cependant constaté l'absence d'affichage concernant : - Les comptes rendus des CVS et sa composition ; - L'organigramme ; - La liste des personnes qualifiées du département ; - Le règlement de fonctionnement ; - Les comptes rendus des commissions de restauration et d'animation. Remarque 2 : Les affichages qui devraient être présents et visibles au sein de l'EHPAD sont incomplets.

1.3. Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
1.3.3.1	CVS : Le Conseil de Vie Sociale 	Le CVS est composé de : - 5 représentants des résidents dont 3 titulaires et 2 suppléants ; - 3 représentants titulaires des familles ; - 2 représentants du personnel (1 titulaire et 1 suppléant). La composition est conforme à la réglementation. Les dernières élections du CVS se sont déroulées le 27 juin 2023. Le CVS se réunit régulièrement. Il s'est réuni 3 fois en 2022 (le 14/02, le 20/09 et le 22/12). Les comptes rendus de ces réunions ont été transmis aux membres de la mission d'inspection. La dernière réunion de 2022 ne comportait qu'un point à l'ordre du jour en raison de l'absence de représentants des résidents (décès). En 2023, il s'est réuni 2 fois (mai et septembre 2023) La première réunion du CVS avec les nouveaux élus a eu lieu le 6 septembre 2023, avec notamment l'approbation du règlement du fonctionnement intérieur du CVS (document transmis à la mission). Le secrétariat de la séance est confié au président ou président suppléant et/ou au secrétaire de CVS qui peut être désigné en début de séance. Le règlement de fonctionnement prévoit une signature du président et la validation du compte-rendu de la réunion par les membres du CVS dans les 15 jours après la réunion, afin de le mettre à disposition des résidents dans les plus brefs délais. Il est également indiqué que les comptes rendus des réunions du CVS sont adressés à la Ville de Paris et à l'ARS. D'après les comptes rendus transmis, les principaux points inscrits à l'ordre du jour des CVS 2022-2023 ont été les suivants : - L'animation (systématiquement) ; - La restauration ; - Révision du projet d'établissement ; - Point CPOM. La prochaine réunion du CVS est prévue en janvier 2024.
1.3.3.2		

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
		Lors de la réunion du 06/09/23, plusieurs dysfonctionnements ont été évoqués : - Le comportement déviant de certains professionnels vacataires, notamment les week-ends, - Le délai de réponse aux sonnettes (appels malades), - Le problème de transmission des informations de l'accueil aux étages. Des réponses ont été apportées et figurent dans le compte rendu de la réunion. La direction a indiqué ne pas faire de bilans systématiques des EI et dysfonctionnement en CVS mais que ceux-ci vont être mis en place. Ecart n°6 : Il n'est pas présenté au CVS de bilan des EI et dysfonctionnements au sein de l'EH PAD, ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.

1.4. Gestion de la qualité

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
1.4.1.1 1.4.1.7	PACQ et référent qualité 	La psychologue est « référente bientraitance ». A ce titre, elle dispense des formations relatives à la promotion de la bientraitance à l'ensemble des professionnels. L'établissement ne dispose pas au jour de l'inspection de référent qualité. La direction a indiqué qu'il était envisagé de mettre en place un comité d'éthique. Un projet a d'ailleurs été transmis. Il est indiqué que ce comité aura pour objet d'émettre des avis éthiques « dans des situations cliniques concrètes, notamment quand les choix concernant les modalités d'accompagnement d'un résident génèrent des interrogations ». Si un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) a été mis en place en 2018 et 2019, la période de COVID a interrompu cette démarche. La direction indique avoir identifié ce point d'amélioration et a transmis une trame vierge qui sera désormais utilisée. Remarque 3 : L'établissement ne dispose pas d'un PACQ depuis 2019.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
1.4.2.1	Evaluation de l'établissement [REDACTED]	La dernière évaluation externe a été réalisée fin 2014. Celle-ci a été transmise à la Ville de Paris. L'arrêté de programmation fixe la date de l'évaluation de la qualité de l'établissement au 2ème semestre 2024. Un rétro planning a été transmis à la mission. Chacun des responsables de pôle (administratif : directrice ; vie quotidienne : gouvernante ; vie de l'usager : psychologue, soins : IDEC et MEDCO) effectue un travail d'autoévaluation via le dispositif SYNAE. Cela s'accompagne de temps de réflexion collective avec les membres de leur équipe.
1.4.3.1	La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance : [REDACTED]	La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil. Un protocole « promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance » daté de mai 2023 a par ailleurs été transmis. Celui-ci propose une définition de la bientraitance et de la maltraitance, présente les leviers d'action afin de favoriser une politique de bientraitance (définir un accompagnement adapté, soutenir les compétences et les pratiques professionnelles...) et les moyens à disposition pour réagir face à la maltraitance (fiches d'événements indésirables, réunions, responsabilisation des professionnels...). Une fiche « Conduite à tenir en cas de maltraitance/prévention de la maltraitance » a également été transmise. Celle-ci s'articule autour de 4 axes : - Définition de la maltraitance et des abus sexuels ; - Prévention de la maltraitance ; - Identifier une situation de maltraitance ou d'abus sexuel ; - Conduite à tenir. Il est à noter qu'en cas de maltraitance avérée ou supposée, la procédure prévoit l'obligation de contacter le 3977. Ces 2 documents ont été rédigés par la psychologue et validés par la directrice et l'assistante de direction. Un troisième document intitulé « plan d'action crise maltraitance » présentent les différentes phases d'actions et les conduites à tenir en cas d'acte de maltraitance d'un professionnel envers un résident : - Alerte et mesure d'urgence ; - Prise en main de la situation par la cellule de crise ; - Mise en sécurité des personnes ; - Communication de crise (externe) ;

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
		- Enquête ; - Prendre soin ; - Gestion post-crise. Ce document définit le rôle de chacun notamment le médecin coordinateur, la psychologue et la directrice lors du traitement de la crise et de ses suites. Par ailleurs, la psychologue de l'établissement dispense des formations sur le thème de la bientraitance.
1.4.3.2 1.4.3.3	Procédure de signalement en cas d'agression ou de maltraitance	Un EIG relatif à une situation de maltraitance ([REDACTED]) a été transmis à l'ARS mais pas à la Ville de Paris. La mission n'a pas d'information sur la saisine du procureur de la république suite à cet événement. Une charte de confiance indiquant la protection due au salarié témoignant d'acte de maltraitance a été transmise. La mission n'a pas d'information sur les modalités de remise de cette charte au salarié.

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
1.5.1.1	- enquêtes de satisfaction, - réclamations - plaintes des résidents	L'établissement n'a pas transmis les résultats de l'enquête de satisfaction menée en 2023. La directrice a indiqué qu'une trentaine de familles et des résidents y avaient répondu. Une précédente enquête avait été menée en 2022 ; les résultats n'ont pas été communiqués. La synthèse des résultats de l'enquête de satisfaction a été jointe au compte-rendu du CVS de février 2022. Peu de résidents et de familles ont répondu ([REDACTED] résidents et 12 familles). S'il ressort une appréciation positive largement majoritaire tant du côté des résidents que des familles, la mission constate que sur la partie « projet de soins et de prendre soin », les réponses familles sont plus mitigées (taux de satisfaction autour de [REDACTED] %). Le taux de réponse est par ailleurs plus faible que sur les autres aspects de l'enquête.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
		Remarque 4 : Le résultat des enquêtes de satisfaction portant sur la qualité de la prise en charge des résidents n'est pas communiqué. S'agissant des réclamations et plaintes des résidents, la directrice a fait savoir qu'existaient ni procédure, ni registre. La directrice « règle les problèmes sur l'instant ». Elle considère que ces événements font partie de la vie même de la structure. D'après les informations transmises par l'établissement : - Les réclamations ne donnent pas lieu à courrier par voie postale mais elles sont traitées via soit un entretien sur place avec les familles, soit une réponse par mail. La rencontre a lieu à la demande de la famille. - En fonction de l'objet de la réclamation, et si celle-ci porte sur la prise en charge médicale ou soignante, une réunion se tient en équipe avec soignant et résident aux fins d'explication et de solution. - Si la réclamation de la famille porte sur la dégradation de l'état de santé du proche, une réunion est organisée avec le médecin coordonnateur, la psychologue, la famille et la directrice, et les échanges seront tracés dans le logiciel [REDACTED] Les réclamations et plaintes ne sont pas suivies et tracées et ne font pas l'objet d'un bilan. Remarque 5 : Il n'existe pas de registre des réclamations permettant d'en assurer la traçabilité, le suivi et la résolution. Remarque 6 : Le processus de traitement des réclamations n'est pas formalisé, ce qui ne garantit pas que des réponses adaptées et circonstanciées soient systématiquement apportées aux familles.
1.5.1.3	Procédure des événements indésirables [REDACTED]	L'établissement a formalisé deux procédures : - l'une de gestion des événements indésirables intra-site en date de juin 2014 (qui en précise la définition, les responsabilités, le contenu de la fiche de déclaration-fiche transmise dans les plus brefs délais afin que les actions permettent de corriger l'événement décrit) ; - l'autre de gestion des événements indésirables graves en date du 7 août 2014 (qui en rappelle la législation, la définition et en rappelle la procédure- la gestion de tout événement indésirable doit être méthodique, mise en œuvre sans délai et tracée par le directeur de la résidence). Les professionnels disposent en interne, d'une fiche de signalement des événements indésirables, laquelle date de juin 2014.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
		Remarque 7 : Les procédures de gestion des EI, dysfonctionnements et EIG, et fiche de signalement des EI sont anciennes et méritent d'être mises à jour. A noter que lors de la survenue la nuit d'un événement susceptible d'être grave, (e.g. chute), les AS appellent le 15 ou les pompiers. Un protocole de prise en charge des urgences vitales est affichée à l'infirmerie et dans les postes de soins. Les AS de nuit préparent le DLU pour le transfert du résident. Elles disposent également d'un n° de téléphone d'une IDE « d'astreinte » qui peut se déplacer au sein de l'EHPAD si besoin. Ce n° de téléphone figure sur la page d'accueil de [REDACTED] Les EIG / EIGS qui ont eu lieu la nuit sont communiqués lors des transmissions ciblées d'une façon orale / écrite à l'IDE de l'équipe de jour, et sont notées sur [REDACTED] Il ressort des entretiens menés, que tous les salariés ne sont pas au fait ou ne maîtrisent pas la procédure de déclaration des EI. Remarque 8 : Il est constaté une insuffisante connaissance par les équipes de l'EHPAD des modalités d'identification et de signalement interne des EI/EIG. La directrice fait savoir que les formations sur les événements indésirables ne sont plus dispensées depuis « un certain temps ».
1.5.1.5	Modalités de suivi, analyses et RetEx des EI [REDACTED]	La directrice indique, lors d'un entretien mené le 21 novembre 2023, que l'établissement ne réalise pas de suivi, d'analyse, de bilan et de RETEX des EI. Selon la directrice, il y a d'ailleurs peu d'EI. Remarque 9 : L'établissement n'a pas mis en place un suivi et un bilan des EI/EIG, dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité. La directrice signale que depuis la venue de la mission d'inspection, un registre des EI et EIG a été mis en place (transmission d'un tableau Excel en date du 21 novembre 2023, portant dates de saisie, de clôture, dates de RETEX et CR du RETEX) et que les RETEX sont à présent réalisés.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
1.5.1.6	Le signalement des faits à effectuer auprès des autorités administratives - ARS - CD - Procureur de la République 	La directrice effectue la déclaration auprès de l'ARS des dysfonctionnements et EIG. Il lui a été précisé qu'elle devait également en informer la Ville de Paris (elle a demandé aux membres de la mission, l'adresse générique pour informer l'autorité administrative). Il est pourtant bien fait mention dans la procédure interne de gestion des EIG, que le signalement doit être fait auprès de l'ARSIF et de la Ville de Paris. La mission relève que les procédures communiquées, ne mentionnent pas le Procureur de la République comme autorité à éventuellement informer Ecart n°7 : L'établissement, en ne déclarant pas aux autorités administratives compétentes l'ensemble des dysfonctionnements graves dans sa gestion ou son organisation susceptibles d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits ni l'ensemble des événements 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, contrevient aux articles L. 331-8-1, R.331-8 et 9 du CASF.
1.5.1.7	Procédure de gestion des événements indésirables liés à la PECM ?	Il n'a pas été communiqué à la mission de procédure spécifique de gestion des événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse. Remarque 10 : Il n'existe pas de procédure de déclaration et de gestion des EI liés au circuit du médicament.

2. Fonctions support

2.1. Gestion des ressources humaines

N°IGAS			Point de contrôle	Observations ou commentaires				
ses	Effectifs, ration prévus/en poste		Les effectifs se déclinent comme suit :					
			CATEGORIE	Equivalent Temps Plein ERRD 2022	Réel	Postes vacants	Heures Mensuelles	
			Types (stagiaires , CDI CDD...)					

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
		Evaluation quantitative des effectifs soignants présents (critères CPOM) : nb d'ETP rémunérées correspond aux besoins (basée sur formule utilisée dans les CPOM pour déterminer le financement)  Par ailleurs, la mission considère que pour assurer la continuité des soins, et a fortiori, la qualité des soins, la stabilité des effectifs soignants est indispensable, et repose notamment sur la présence d'agents en CDI majoritairement présent dans cet établissement. L'étude des plannings des trois derniers mois avant l'inspection sur site confirme la présence suffisante de professionnel permettant une prise en charge adaptée, ce notamment par la sollicitation systématique de professionnels en vacation ou CDD. Les effectifs réels permettant le fonctionnement de l'EHPAD dans les conditions d'organisation vérifiées lors de l'inspection sont plus élevés que ceux prévues dans l'EPRD 2022 (plus ). L'établissement dispose d'un pool important de vacataires réguliers. Il s'agit de vacataires réellement réguliers. Il n'y a pas beaucoup d'absences. Il ressort de l'analyse des données des tableaux de bord de l'ANAP, renseignés par la direction, que l'établissement ne connaît pas d'absentéisme en 2021 et en 2022, et que le taux de rotation du personnel est passé de  en 2021 à  en 2022. Ce taux reste bien en deçà du taux de rotation national médian de  (2019).
2.2.1.4	Rapport annuel d'activité médicale 	Lors de l'entretien réalisé avec le médecin coordonnateur, celui-ci précise qu'il a complété deux RAMA  en tant que coordonnateur, à savoir les RAMA 2021 et 2022. Les deux RAMA, générés probablement d'une façon automatique à partir du logiciel  ont été ensuite complétés par le médecin coordonnateur. Les deux documents sont datés mais ne sont pas signés par les parties prenantes (i.e. rédacteur principal, direction d'EHPAD). Ces deux rapports annuels comportent dans leur première partie : - La description de la population accueillie ; - La présentation du recours aux urgences et aux hospitalisations ; - Le nombre d'entrées et de sorties. Ensuite, l'analyse des données de mortalité est possible, tandis que celle de morbidité n'est disponible que pour les patients dénutris.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
		En outre, l'analyse des événements indésirables n'est pas réalisée, même si les contentions, les chutes et les fugues y sont numériquement consignées. L'analyse de la prise en charge médicamenteuse, notamment celle de l'administration des anxiolytiques, des sédatifs et des neuroleptiques, n'y est pas réalisée. Les modalités de prise en charges y sont notées (e.g. maladie d'Alzheimer, dénutrition, douleur). En revanche, analyse des contentions est très succincte. Remarque 11 : Certaines parties du RAMA ne sont pas développées : les données relatives à la morbidité des résidents, les informations relatives à la prise en charge médicamenteuse, et celles relatives aux contentions. Ecart n°8 : Les deux RAMA 2021 et 2022 élaborés par l'IDEC et le médecin coordonnateur respectivement, ne sont pas signés par leurs rédacteurs. Par ailleurs, ces documents n'ont pas reçu l'avis de la CCG ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-158 (10°) du CASF.
2.1.1.7 2.1.4.2	Contenu des dossiers administratifs professionnels	23 dossiers de professionnels ont été vérifiés sur site. <u>La mission constate que :</u> -Les attestations de formation (interne) ainsi que les visites auprès des instances de médecine du travail sont reversées au dossier (les professionnels en CDI). -Les fiches de postes ne sont pas systématiquement, réalisées, individualisées et déposés au dossier. (16 manquantes sur 23 dossiers consultés), pour les fiches de poste existantes, elles sont signées par les deux parties. Remarque 12 : Les dossiers des personnels ne contiennent pas tous une fiche de poste individualisée et signée -l'absence systématique des diplômes . Ecart n°9 : En l'absence de vérification systématique des diplômes, l'établissement ne se met pas en mesure de satisfaire aux dispositions de l'article D312-155-0 dans le II : diplôme d'état infirmier, à l'article D312-157 CASF : diplôme du MEDCO L312-1 CASF (CASF) -Les entretiens professionnels ne sont pas réalisés. Remarque 13 : Une absence d'entretien professionnel ce qui contrevient à l'article Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail (CDD).

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
2.1.2.1	plan de formation des professionnels	Un plan de formation interne a été fourni pour l'année 2023. Il comprend les thématiques en lien avec la mission en EHPAD. L'établissement a communiqué les attestations afférentes aux formations internes et externes réalisées en 2022 et 2023, et transmis le plan de formation pour l'année 2023. Le plan de formation externe 2023 comporte quant à lui, trois onglets : - le premier concerne les formations retenues par les managers (les « 4 gestes pour sauver une vie », pour 20 stagiaires AS et ASH, prévue les 7 et 8 décembre 2023 ; l'organisation interne et QVT, pour 20 stagiaires AS, ASH et IDE, prévue les 25 et 26 septembre 2023 et les 22 et 23 novembre 2023 ; repenser la toilette, pour 20 stagiaires AS et ASH, prévue les 13 et 14 novembre 2023 ; gérer les troubles du comportement et comprendre la maladie d'Alzheimer pour 20 stagiaires AS, ASH et IDE, prévue les 14 et 18 septembre 2023 ; l'accompagnement en fin de vie et soins palliatifs pour 20 stagiaires AS et IDE, programmée les 15 et 16 janvier 2024). A noter que les quatre dernières formations citées ci-dessus ont été financées via des crédits non reconductibles alloués par l'ARS en 2022 ; - le deuxième onglet « diplômant et professionnalisant » (DIU Hypnose médicale et technique d'activation de l'attention et de la conscience, au bénéfice de la psychologue, sur la période septembre 2022/ mai 2023) ; - le troisième onglet « groupe thématiques spécifiques » (formation sécurité incendie dispensée auprès de 30 stagiaires par FormaFrance, au cours des 1^{er} et 3^{ème} trimestres 2023). Des mini formations ont été conduites en 2022 par l'IDEC pour la plupart d'entre elles, mais aussi par le médecin coordonnateur, la psychologue et le chef cuisinier. Les mini- formations portent sur les thèmes suivants : Mini formations dispensées par l'IDEC : Le relationnel avec les familles ; la communication des équipes envers les familles ; l'application et le respect du PPS du résident ; le respect de l'intimité du résident ; le plan bleu ; les chutes ; la prévention de la maltraitance ; l'utilisation/ mise en place des protections d'incontinence ; le rappel soins de bouche/ nettoyage dentier ; la saisie des bilans sur [REDACTED] ; le rappel des consignes en cas de résident COVID+ ; le rappel blocage porte coupe-feu ; la gestion du linge ; le changement de chariot ; la changement de labo,... ; Mini formations dispensées par la psychologue : la bientraitance, l'auto-évaluation et la remise en question de ses pratiques ; la personne âgée et la crise suicidaire ; Mini formations dispensées par le chef cuisinier : le nettoyage de l'environnement du résident ; l'anti- gaspillage alimentaire ; la prise des températures en début et fin de service ; Mini formations dispensées par le MedCo et l'IDEC : la formation grippe ; la rencontre mensuelle avec l'EMGE. Tous les professionnels ont accès aux actions de formation.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
		Remarque 14 : Le médecin coordonnateur dispense peu de formations auprès des professionnels alors qu'il doit contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation et participer aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement (Article D312-158 (8°) du CASF).
2.1.2.3	L'aide à la mobilité interne des salariés	La directrice a précisé que l'aide à la mobilité interne des agents et la VAE sont favorisées au sein de la structure. Elle a fait part de sa volonté de voir progresser son personnel. Deux aides-soignantes suivent ainsi la formation d'infirmière ; elles ont validé leur première année en juin 2023. Une agente de service hospitalier a suivi la formation d'aide-soignante. Son retour dans l'établissement est ainsi prévu en décembre 2023. Une agente de service hospitalier a été récemment nommée au poste de gouvernante (le jour de l'inspection, cette dernière indique à la mission occuper le poste depuis deux semaines).
2.1.2.5	Protocole d'accueil des nouveaux professionnels	L'établissement dispose d'un livret d'accueil des collaborateurs (document datant de 2018, en cours de mise à jour dans le cadre de l'auto-évaluation). Ce document compte une procédure d'accueil du nouveau collaborateur (précisant le rôle de chacun, faisant état du livret d'accueil pour les CDI, prévoyant une évaluation au bout de quinze jours et un entretien annuel ; mentionnant l'existence d'un classeur avec les protocoles et la charte des droits et libertés), explique le fonctionnement de l'EHPAD, en précise le personnel et le règlement intérieur, ainsi qu'en annexes, les devoirs et obligations du collaborateur. Les nouveaux arrivants soignants sont accompagnés d'un pair, le jour de leur prise de poste (organisation en tuiage). Une vidéo est en cours de réalisation. Le livret d'accueil est systématiquement remis aux nouveaux arrivants comportant les différents codes d'accès nécessaires à l'accomplissement de leurs missions, ainsi que le code d'accès au [REDACTED] Les AS leur présentent le fonctionnement du logiciel.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
		Par ailleurs, des fiches de transmission synthétiques avec les habitudes de vie de chaque résident dont ils auront la charge, leur sont communiquées. Un téléphone leur est remis, ainsi que les numéros de téléphone de chaque membre de l'équipe soignante de nuit présent sur site. Les protocoles de soins leur sont également montrés.
2.1.4.1 2.1.4.2 2.1.4.3 2.1.4.4 2.1.4.5 2.1.4.7	Les plannings et l'organisation des services	Les plannings s'effectuent par pôle d'activité. Ils sont établis sur le logiciel [REDACTED] Les roulements sont permanents. Ils se déclinent comme suit : <u>Equipe administrative</u> : au nombre de 3 salariées. 2 arrivent à 8h, 1 à 9 heures. Elles terminent leur journée à 17h ou 18h. A leur arrivée, elles appellent dans les étages, pour s'assurer de la présence de chaque salarié. En cas d'absence, elles recherchent un remplaçant ou, auprès d'un service d'interim, ou d'un vivier existant de vacataire ou au sein de la contre équipe (qui laisse ses possibilités de remplacement possible en amont). <u>ASH</u> : Il y a 2 ASH par étage, Le cycle est défini comme suit : 3 jours sur site, 2 jours de repos, 2 jours sur site, 3 jours de repos. Les horaires sont : 7h 45 ou 9h30 - 19h45, (sur 14 jours, samedi dim. lun., 2 jours de repos, 2 jours de travail -3 jours de repos. <u>AS ou AMP</u> : même cycle que les ASH, un renfort non financé depuis 3 ans, qui exerce sa mission le matin et palie aux absences notamment. En été, les salariés font les demandes au moins un mois avant, 3 titulaires du poste par étage sont requis, pas plus de 1 titulaire en même temps. Cela permet un recours restreint aux vacataires. La psychologue, l'IDEC, les agents de maintenance, exercent leur mission sur [REDACTED] Les congés sont déposés au maximum 15 jours avant la date. Le jour de l'inspection, les effectifs étaient conformes au planning.
2.1.4.10	Qualifications, expériences et formations	La nuit est organisée avec 2 professionnelles ayant un diplôme d'AS et une ASH. Il existe un dispositif d'intervention d'une IDE qui est sollicitée en cas de difficultés, mais qui intervient également sur site à la demande.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
	du personnel intervenant la nuit ou week-end	La directrice a fait part de son souhait de renfort d'une AS pour la nuit. Cela permettrait d'assurer notamment une présence constante en UVP.

2.2. Gestion d'information

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires
2.2.4.2	Gestion d'information	Le contenu des dossiers administratifs des résidents	Les dossiers administratifs des résidents sont bien tenus et classés.
2.2.4.3	Gestion d'information	Le dossier médical	Les dossiers médicaux sont constitués : - D'une partie papier qui comporte notamment les ordonnances (e.g. médicaments, de kinésithérapie) et le dossier de liaison d'urgence sous format papier. Le DLU, qui n'est pas actuellement mis à jour, est utilisé seulement en cas de panne informatique, puisque le logiciel [REDACTED] permet d'imprimer un dossier de liaison mis à jour. La mise à jour des dossiers de liaison d'urgence sera faite dans le mois qui suit l'inspection. En effet, l'IDEC et le médecin coordonnateur mettent actuellement à jour tous les dossiers médicaux des résidents y inclus les DLU. - Un dossier informatisé (Logiciel [REDACTED]). Les droits d'accès à ses différentes parties se font selon la profession de chaque soignant. Cette information relative aux dossiers de soins, concordante entre les différents professionnels interviewés, est issue des entretiens que la mission d'inspection a conduit sur site. En ce qui concerne l'analyse des dossiers médicaux, elle a été réalisée sur trente dossiers (le critère de choix : les trente premiers résidents classés par ordre alphabétique). Parmi ces dossiers, douze sont créés sur la période novembre 2022 – novembre 2023. Deux analyses ont été parallèlement conduites.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires
			1) La première visait à apprécier la qualité des observations médicales rédigées à l'admission. Elle a été ainsi réalisée sur les douze dossiers médicaux qui ont été constitués entre novembre 2022 et novembre 2023. La mission d'inspection a pu constater que les observations à l'admission sont très succinctes. Elles ne comportent pas la description de l'examen clinique par organe ou système, et ne sont pas suivies d'une conclusion regroupant les différentes anomalies retrouvées à cet examen. Par ailleurs, les différentes pathologies du résident ne sont pas mises en rapport avec le traitement administré. 2) En outre, sur les autres dix-huit dossiers, qui comportent des suivis des résidents supérieurs à un an, aucune synthèse médicale annuelle n'a été retrouvée. Remarque 15 : Une observation médicale complète à l'admission n'est pas retrouvée dans les dossiers des résidents admis lors de la dernière année calendaire. Par ailleurs, aucune synthèse médicale annuelle n'a été retrouvée dans les autres dix-huit dossiers médicaux consultés, correspondant à des résidents pris en charge dans l'EHPAD depuis plus d'un an.
2.2.4.4	Gestion d'information	Modalités de stockage, de sécurisation des dossiers médicaux et du respect du secret professionnel 	Les différentes parties papiers du dossier médical d'un résident sont regroupées dans un classeur. Les classeurs des résidents sont rangés par étage et par ordre alphabétique dans une armoire fermant à clé, située dans l'infirmierie. L'accès à l'infirmierie se fait par digicode. Seuls les soignants connaissent le code d'entrée à l'infirmierie. Les droits d'accès aux dossiers informatisés des résidents sont attribués selon la profession de chaque soignant. Seuls les quatre médecins de l'EHPAD (un médecin coordonnateur et trois médecins traitants) ont accès aux données médicales des dossiers informatisés. Chaque professionnel dispose d'un identifiant et un mot de passe personnels d'accès à

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires
2.3.1.2	Gestion d'information	Les documents statistiques présentant des données en charge et sur l'activité de la structure 	Les documents statistiques ont été transmis aux autorités gestionnaires et à la mission concernant : - Tableau GIR - Tableau PATHOS - RAMA - RAA - Tableau de bord- ESMS de l'ANAP.
2.3.1.4 (2.2.1.4)	Gestion d'information	Le RAMA 	Lors de l'entretien réalisé avec le médecin coordonnateur, celui-ci précise qu'il a élaboré deux RAMA depuis sa prise de poste en tant que coordonnateur, à savoir les RAMA 2021 et 2022. La direction de l'EHPAD a communiqué à la mission d'inspection deux RAMA : 2021 et 2022. Les deux RAMA, générés probablement d'une façon automatique à partir du logiciel [REDACTED], ont été ensuite complétés par le médecin coordonnateur. Les deux documents sont datés mais ne sont pas signés par les parties prenantes (i.e. rédacteur principal, direction d'EHPAD). Ces deux rapports annuels comportent dans leur première partie : - La description de la population accueillie ; - La présentation du recours aux urgences et aux hospitalisations ; - Le nombre d'entrées et de sorties. Ensuite, l'analyse des données de mortalité est possible, tandis que celle de morbidité n'est disponible que pour les patients dénutris. En outre, l'analyse des événements indésirables n'est pas réalisée, même si les contentions, les chutes et les fugues y sont numériquement consignées. L'analyse de la prise en charge médicamenteuse, notamment celle de l'administration des anxiolytiques, des sédatifs et des neuroleptiques, n'est pas réalisée. Les modalités de prise en charge y sont notées (e.g. maladie d'Alzheimer, dénutrition, douleur). En revanche, analyse des contentions est très succincte. Remarque 16 : Certaines parties du RAMA ne sont pas développées : les données relatives à la morbidité des résidents, les informations relatives à la prise en charge médicamenteuse, et celles relatives aux contentions

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires
			En ce qui concerne la commission de coordination gériatrique (CCG), elle s'est réunie le 15 mars 2022. Sa composition est adéquate. Bien qu'en début de séance la présentation du RAMA est incluse à l'ordre du jour, le compte rendu de cette séance ne consigne pas sa présentation à la CCG.
2.3.2.1	Gestion d'information	Le registre des entrées et sorties [REDACTED]	La mission a consulté le registre des entrées et des sorties. Celui-ci est bien tenu avec l'identité des personnes accueillies, la date d'entrée, la date de sortie ainsi que le motif. Il n'est pas paraphé par le maire.

2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipement

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires
2.4.1.3 Jusqu'au 2.4.3.6	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Etat général du ou des bâtiments [REDACTED]	Le bâtiment est agréable, bien décoré et bien entretenu. L'établissement dispose d'espaces communs climatisés. Les couloirs sont larges et dégagés et permettent la circulation des personnes à mobilité réduite. Les sanitaires sont également adaptés aux PMR. Les ascenseurs sont également accessibles aux PMR. Il a été indiqué que l'établissement dispose de 4 verticalisateurs, 4 lèves malades. Par ailleurs, 14 chambres sont équipées de rails de transfert.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires
			L'établissement dispose d'un chargé d'entretien () qui intervient pour la veille des appareils électroniques et les petits travaux dans les chambres des résidents. Un registre des suivis des demandes de réparations et petits travaux est disponible à l'accueil.
2.4.4.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Le circuit du linge	Le circuit du linge respecte la marche en avant. L'établissement prend en charge le linge personnel des résidents qui le souhaitent, pour un forfait de 120 € par mois. Le nom des résidents dont le linge personnel est pris en charge par la famille est précisé sur les bacs de linge et dans la lingerie.

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	Observations ou commentaires
2.5.2.7	Sécurités	DASRI	L'EHPAD Les Ambassadeurs a passé un contrat pour la collecte et l'élimination des DASRI avec la société [REDACTED], basée à [REDACTED]. Cette convention signée le 12/03/2019, a été établie pour 36 mois à compter de sa date de signature. Elle est renouvelable par tacite reconduction, pour une période de même durée. La fréquence de collecte est prévue tous les 15 jours. L'établissement a formalisé une procédure de traitement des déchets d'activités de soins à risque infectieux (explications quant à la marche à suivre, aux précautions standard, et assurer la sécurité des personnes et protéger l'environnement). Celle-ci date du 29/09/2014. Le cadre de santé se doit de faire respecter la procédure, et les IDE, la respecter. Les DASRI sont entreposés dans un local dédié et fermé, situé au 1er étage de l'établissement (local identifiable avec pictogramme, dont l'accès est réservé uniquement à l'IDEC et aux infirmières). A l'intérieur du local, est apposée une affiche portant mémo des consignes du tri et du stockage et s'y trouvent un bac, un point d'eau et un carton destiné au recueil des déchets, contenant quelques sacs.
2.5.2.11	Sécurités	Dispenses modalités de surveillance des résidents	Le médecin coordonnateur assure la surveillance vaccinale des résidents. La campagne de vaccination contre la grippe est en cours de déroulement. En effet, soixante-seize résidents ont été vaccinés contre la grippe cet automne. La vaccination se fait toujours avec l'accord du résident ou de son entourage le cas échéant. Pour les onze résidents restants, qui ont eu au moment de la vaccination une infection intercurrente, une vaccination contre la grippe est prévue dans les semaines à venir (début décembre).

2.5.3.3	Sécurités	Aide à la prévention des chutes [REDACTED]	Les espaces communs et les chambres disposent de barres d'appui. Au niveau de l'UVP ils existent des barres d'appui systématiques dans les espaces de circulation.
2.5.3.4	Sécurités	Système anti-fugues [REDACTED]	L'établissement est sous vidéo surveillance et doté de digicodes. L'entrée de l'établissement est située en face de la borne d'accueil, ce qui permet un contrôle des entrées et des sorties en journée. Les portes de l'établissement sont fermées la nuit de 21H à 6H30. Par ailleurs, un cahier permet de tracer chaque jour les motifs de sorties des résidents (rendez-vous médical, hospitalisation, déjeuner à l'extérieur...) avec les horaires de départ et de retour.
2.5.4.3	Sécurités	Systèmes d'appel malade pour les résidents [REDACTED]	Un système d'appel malade est présent dans les chambres et les sanitaires. Un signal visuel s'allume à l'extérieur de la porte du résident. L'appel se répercute également sur les téléphones des soignants et après quelques minutes sans réponse sur celui des infirmiers. Un logiciel traçant les appels existe. Le relevé des appels malades de la journée du 16 novembre 2023 et de la nuit du 15 au 16 novembre a été transmis. A sa lecture aucun dysfonctionnement majeur n'apparaît. Cependant, la problématique du délai de réponse aux sonnettes a été évoquée lors du CVS du 6 septembre 2023. Il a été répondu qu'un référent sera prochainement nommé afin d'analyser et de mettre en place un plan d'actions.

3. Prises en charge

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

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
3.1.1.1	Le processus d'admission 	Pour les 87 résidents présents le jour de la visite d'inspection l'origine de la demande d'admission est la suivante : - Domicile ou milieu ordinaire : 19 ; - Hôpital ou établissement de santé : 41 ; - ESMS : 9 ; - Urgences : 1 ; - Autres : 17. L'origine de l'admission est donc principalement l'hôpital ou l'établissement de santé (48 %). La direction a transmis une procédure d'admission. La procédure indique que la Direction évalue la faisabilité de la prise en charge du résident en fonction de ses pathologies, du GMP de l'établissement et du nombre de places disponibles et que suite à cette analyse, elle peut refuser l'admission. Dans ce cas, il est précisé que la direction informe la personne sur d'autres solutions de placement ou sur la possibilité d'un maintien à domicile.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
		Les procédures internes prévoient : « Avant l'admission d'une personne au sein de l'EHPAD, le médecin coordonnateur et l'IDEC reçoivent pour analyse son dossier d'admission. Ce dossier est étudié par les deux soignants, qui se prononcent notamment sur la compatibilité entre l'état clinique du résident et de ses besoins en soins, et la capacité de l'EHPAD à proposer les soins exigés par cette personne. L'avis proposé par les deux soignants est présenté à l'équipe de direction. Cet avis est le plus souvent suivi par la direction de l'EHPAD, qui décide de l'admission ou du refus de la personne. Lors de l'admission d'un résident en EHPAD, trois paramètres sont évalués presque systématiquement : - La douleur ; - Le risque d'escarre ; - La recherche des troubles de la déglutition ». Lors de l'entretien avec le médecin coordonnateur et l'IDEC, ceux-ci ont précisé qu'une évaluation gériatologique du résident est réalisée dans le mois qui suit son admission à l'EHPAD. En pratique, l'analyse des quatre-vingt-sept dossiers médicaux rendue possible par une consultation de [REDACTED] à distance, retrouve que cette évaluation gériatologique s'étale sur plusieurs mois après l'admission de chaque résident. A titre d'exemple, pour les résidents ayant dans leurs antécédents des troubles cognitifs, la passation des échelles d'évaluation de la mémoire (i.e. test des cinq mots de Dubois, test de l'horloge, test MMSE) n'est pas systématiquement réalisée, même après plusieurs années de vie du résident en EHPAD. Ainsi, parmi les quarante-sept résidents concernés par un antécédent de trouble cognitif, seuls vingt-huit ont eu un test MMSE, et vingt-et-un les tests de l'horloges et des cinq mots de Dubois. Pour les résidents ayant des troubles cognitifs, qui n'ont pas été évalués au moyen des échelles d'évaluation cognitive, il n'est pas précisé dans leur dossier médical l'impossibilité de leur évaluation à cause d'un trouble cognitif avancé. Pour les quarante-quatre résidents ayant des antécédents de dénutrition, la passation de l'échelle MNA n'est jamais tracée dans leur dossier médical. Ecart n°10 : Les étapes et le contenu de l'évaluation gériatologique à l'admission des résidents ne sont pas bien structurés au sein de l'EHPAD, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158 (6°) du CASF.

3.1.1.2

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
3.1.3.3	Les projets d'accompagnements individualisés 	L'élaboration des PVI des résidents est sous la responsabilité de la psychologue. Il a été indiqué à la mission que les PVI n'étaient pas à jour (le plus récent date de novembre 2022). La mise à jour des PVI de manière pluridisciplinaire est l'un des objectifs 2024 de l'établissement avec une date limite fixée à la fin du premier trimestre 2024. Un planning de mise à jour des PVI a été transmis. Ecart n°11 : Aucun résident ne dispose d'un PVI à jour, ce qui contrevient à l'article L311-3 (3° et 7°) CASF. Par ailleurs, chaque résident dispose de deux soignants référents (AS). La liste des référents est affichée dans les étages.
3.1.4.1 3.1.4.4	Echange inter professionnel dans le but d'une démarche d'amélioration de la prise en charge des résidents Transmissions, réunion de synthèse 	Il a été indiqué à la mission qu'une réunion inter métier a lieu une fois par mois avec la direction (1 réunion par équipe). Par ailleurs, la psychologue participe à certaines réunions de transmission ciblées. Les transmissions de 15 heures durant lesquelles sont évoquées les cas particuliers de certains résidents font l'objet d'un relevé écrit. La directrice a par ailleurs précisé l'absence de groupe d'analyse de pratiques.
3.1.4.5	Modalités d'intervention des médecins traitants 	L'entretien avec le médecin coordonnateur et avec l'IDEC permet d'identifier quatre médecins traitants, dont le médecin coordonnateur, qui se partagent les quatre-vingt-sept résidents : - Médecin coordonnateur : trente-six résidents. - Les autres médecins traitants : vingt-quatre, vingt-six et un résident respectivement. L'équipe soignante peut joindre facilement par téléphone les quatre médecins traitants. La direction de l'EHPAD a communiqué à la mission d'inspection les contrats avec trois des quatre médecins traitants. Le médecin traitant ne disposant pas d'un contrat avec l'EHPAD y soigne un seul résident. Chaque contrat est daté et signé par les deux parties prenantes.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
3.1.4.6	Régularité et complétude des dossiers médicaux, à partir d'un échantillon de dossier 	Un échantillon de dossiers médicaux a été étudié par le médecin de la mission d'inspection. Il comporte les trente premiers dossiers classés par ordre alphabétique du nom des résidents. La régularité des observations médicales a été étudiée sur les trente dossiers sélectionnés, tandis que la présence d'une synthèse médicale annuelle a été analysée sur les dix-huit dossiers recelant les informations médicales pour les résidents admis dans l'EHPAD depuis plus d'un an. Concernant la régularité des observations médicales, celles-ci ont une fréquence de 2 à 3 observations par mois. Elles ne sont pas toujours en rapport avec un événement de santé survenu chez le résident. Ces observations peuvent revêtir ainsi un caractère préventif ou de suivi médical. En revanche, en cas d'événement de santé concernant un résident, les observations écrites par le médecin traitant référent du cas sont plus rapprochées. Concernant la complétude des dossiers médicaux, les observations à l'admission des résidents sont très succinctes. Ces observations ne présentent pas d'une manière regroupée : les antécédents du patient, son traitement à l'admission, l'examen clinique complet, le bilan gériatologique, biologique ou d'imagerie nécessaires, et une conclusion assortie du traitement prescrit à l'issue de cette évaluation médicale. Concernant les synthèses médicales annuelles, aucun dossier médical ne les comporte.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
3.1.4.7	Temps de transmissions	Trois temps de transmissions inter-équipes sont planifiés chaque jour et pilotés par l'IDEC : - De 7h45 à 8h00 et de 8h00 à 8h15 la première transmission de la journée entre l'équipe de nuit et celle de jour. Le temps de chevauchement est de 15 minutes. Les principaux événements survenus la nuit y sont évoqués. - De 15h00 à 15h30 (voire 16h00 si besoin) ce sont des transmissions entre les soignants de l'EHPAD auxquelles peuvent participer les kinésithérapeutes et la psychologue. Les cas des différents résidents qui posent problème y sont évoqués. - De 19h45 à 20h00 ou de 20h00 à 20h15, la dernière transmission de la journée entre l'équipe de jour et celle de nuit. Le temps de chevauchement est de 15 minutes voire 30 minutes si besoin. Les principaux événements survenus lors de la journée y sont évoqués. Les entretiens menés avec les soignants, précisent que les transmissions se font sous forme orale et écrite dans le logiciel [REDACTED] et le cahier des transmissions. L'analyse des trente dossiers de soins informatisés (les trente premiers dossiers classés par ordre alphabétique à partir du nom des résidents) met en évidence que les transmissions écrites dans le logiciel [REDACTED] sont des transmissions ciblées. Ces transmissions ne sont pas biquotidiennes. Remarque 17 : Les transmissions entre les équipes soignantes ne sont pas tracées systématiquement dans le logiciel [REDACTED] Remarque 18 : Il existe actuellement deux modalités de saisie des transmissions soignantes : via le logiciel [REDACTED] et/ou le cahier des transmissions. Ce type de fonctionnement peut conduire à une dispersion des informations relatives à l'état de santé des résidents.

3.2. Respect des droits des personnes

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
3.2.1.1	L'association de la famille, des proches, des aidants, des personnes de confiance, des bénévoles à l'accompagnement de la personne accueillie	Les proches peuvent partager le repas des résidents. L'établissement dispose de salons dans les étages ainsi qu'au RDC permettant l'accueil des proches dans de bonnes conditions. Dans le cadre du programme d'animation, des gouters des familles sont organisés mensuellement. Les proches peuvent également assister aux animations festives : concert d'accordéon....
3.2.2.1 3.2.2.2 3.2.2.5 3.2.2.6	Connaissance du droit de l'usager : -charte des Droits et Libertés de la personne accueillie » avec le livret d'accueil et le respect de ses principes -les possibilités au niveau départemental de recourir à une personne qualifiée extérieure à l'établissement pour faire valoir ses droits -liste départementale peut-elle ainsi être proposée pour permettre aux personnes accueillies d'effectuer le choix -directives anticipées	Le livret d'accueil comportant « la charte des droits et libertés de la personne accueillie » est remise lors de l'admission. Cette charte ainsi que la charte des droits et libertés de la personne dépendante sont affichées dans le hall d'entrée. Une fiche « pouvoir général » de désignation d'un tiers de confiance figure dans le dossier du résident. Le RAMA 2022 indique que ■ % des résidents ont désigné une personne de confiance. La procédure d'admission et d'accueil du nouveau résident prévoit le recueil des directives anticipées. Si elles ont été formulées, elles doivent être jointes à la fiche de suivi infirmier du résident (Annexe 3 de la procédure d'accueil et d'admission). Il est également indiqué dans le livret d'accueil du résident que dans un souci d'accompagnement, la psychologue recueille auprès du résident ou de sa famille les directives anticipées relatives à la fin de vie.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
3.2.3.1	Les contentions 	Les entretiens menés par la mission d'inspection avec l'IDEC et le médecin coordonnateur retrouvent que : - Les prescriptions des contentions sont réalisées presque exclusivement par le médecin coordonnateur ; - Elles sont individualisées ; - Elles sont motivées notamment par les troubles cognitifs ou les chutes à répétition que certains résidents font ; - Elles sont issues d'une discussion pluridisciplinaire (i.e. médecin coordonnateur, médecin traitant ; IDEC, IDE, aide-soignante) ; - Elles sont mises en pratique sur prescription médicale ; - Cette prescription s'accompagne d'une surveillance clinique ; - Une demande du consentement oral du résident (quand cela est possible) ou de l'entourage le cas échéant sont systématiquement réalisées ; - Elles ont une durée de trois mois ; - La prescription de contention est régulièrement réévaluée (une fois tous les trois mois). Une liste de résidents sous contentions existe. Le jour de l'inspection, trente-six résidents avaient une prescription de contention : - Une prescription de grenouillère ; - Aucune prescription de ceinture abdominale ; - Trente-cinq prescriptions de barrières de lit. Ecart n°12 : Le recueil écrit du consentement du résident et à défaut de son entourage, avant la mise en place d'une contention, n'est pas actuellement assuré au sein de l'EHPAD, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-4-1 s
3.2.3.2	L'identification des usagers	Les photos des résidents figurent sur les portes des chambres et l'autorisation de droits à l'image est signée par les résidents ou ayant droit.
3.2.4.1	Mise en place de mesures de protection juridique en cas d'incapacité de gestion des biens, 	Le RAMA 2022 indique que ■ % des résidents sont sous tutelle ou autre procédure de sauvegarde de justice Le livret d'accueil précise que les résidents peuvent déposer leurs valeurs dans un coffre sécurisé.

Vie sociale et relationnelle

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
		Une animatrice en [REDACTED] et à [REDACTED] est présente dans l'établissement. Elle est présente soit [REDACTED] soit le [REDACTED]. Elle est diplômée [REDACTED]. L'offre d'animation est riche et variée, avec la mise en place d'activités internes et externes (ateliers mémoires, revue de presse, gym douce, activités manuelles, sorties au café d'à côté).
3.3.2.1 3.3.2.2	Le volet animation [REDACTED]	L'animatrice se déplace dans les chambres des résidents pour certaines activités, tricot par exemple. Une activité est dédiée 1 fois par semaine aux résidents de l'UVP. Ceux-ci sont par ailleurs invités à se joindre aux autres animations. Par ailleurs, il a été indiqué que les AS participaient aux animations (chant, tricot...). La mission a pu visiter le bureau de l'animatrice et constater la diversité du matériel existant. Enfin, une commission animation se tient tous les 3 mois en lieu et place d'une animation. L'ancien projet d'établissement disposait d'un volet dédié à l'animation. L'animatrice participe à la mise à jour du projet d'établissement pour ce qui relève de son domaine d'activité (4 réunions entre novembre et janvier 2024).

3.3. Vie quotidienne. Hébergement :

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
3.4.1.1	L'équipement de la chambre, [REDACTED]	Les chambres et sanitaires attenants sont spacieux et bien équipés. Les résidents disposent d'un lit médicalisé, d'un fauteuil, d'un bureau, d'une table de chevet et d'armoires. La mission a pu constater que les résidents avaient la possibilité de personnaliser leur chambre.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
3.4.3.2	Enquête de satisfaction sur la restauration ? commission des menus ?	La direction indique qu'une commission restauration se réunit 3 fois par an. Il est indiqué dans le compte-rendu du CVS de février 2022 qu'un responsable de secteur intervient mensuellement pour procéder à un audit « qualité hygiène prestations ».
3.4.3.3	Menu ou de mets de substitution	Plusieurs soignants interviewés, ainsi que le chef de cuisine confirment que des mets de substitution sont disponibles pour les résidents qui en font la demande. Le logiciel [REDACTED] comporte une partie dédiée à l'alimentation de chaque résident. On y trouve : - Le régime prescrit ; - La texture ; - La prescription d'un complément nutritionnel oral ; - Le type d'hydratation. L'analyse des quatre-vingt-sept dossiers médicaux retrouve : - L'absence de prescription d'un régime alimentaire pour trente résidents ; - La présence de prescriptions des textures pour tous les résidents ; - La prescription des compléments nutritionnels oraux pour vingt résidents. Les résultats de cette analyse se réfèrent aux informations saisies par les soignants jusqu'au jour de l'inspection. En outre, l'analyse dans le sous-groupe des quarante-cinq résidents dénutris indique que vingt résidents n'ont pas de régime alimentaire prescrit. La prescription des régimes est médicale. Il n'y a pas d'avis diététique possible, car l'EHPAD ne dispose pas des services d'une diététicienne.
3.4.3.5	Suivi actualisés des régimes (textures, compléments nutritionnels oraux)	Ecart n°13 : La prescription d'un régime alimentaire à l'admission du résident n'est pas systématique, ce qui se fait au détriment de la qualité de sa prise en charge, et contrevient à l'alinéa trois de l'article L.311-3 (3°) du CASF.
3.4.3.7	Horaires des repas :	L'entretien avec l'IDEC permet de préciser que les horaires des repas sont : - Le matin à 8h00 ; - Le midi à 12h30 ; - Le soir à 18h00. L'entretien avec une AMP permet de compléter ces horaires par : - Un goûter à 16h30 ; - Une collation à 21h00. La collation du soir n'est pas systématiquement proposée aux résidents. Elle est apportée seulement à la demande du résident.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
		Par conséquent, les résidents qui ne demandent pas une collation, ont une période de jeûne d'environ 14 heures. Ecart n°14 : Les soignants de nuit ne proposent pas systématiquement une collation nocturne aux résidents de l'EHPAD. L'absence de collation nocturne conduit à un jeûne nocturne de plus de 12 heures. L'absence de proposition systématique aux résidents d'une collation nocturne contrevient à l'article D.312-159-2 F et à l'annexe 2-3-1 III 2° du CASF.
3.4.3.9 Suivi effectif de l'état nutritionnel une liste actualisée des résidents dénutris		Selon les entretiens réalisés avec le médecin coordonnateur et l'IDEC, l'état nutritionnel de tous les résidents est suivi au moyen d'une pesée mensuelle. L'EHPAD dispose de trois chaises de pesée (une pour chaque étage), et d'une plateforme de pesée qui est actuellement en réparation. L'analyse des quatre-vingt-sept dossiers met en évidence que : - Les poids sont renseignés dans le dossier médical informatique pour tous les résidents ; - Le calcul de l'IMC est disponible pour quatre-vingt-six résidents. En effet, l'EHPAD ne dispose pas actuellement d'une toise. Les tailles des résidents sont, par conséquent, renseignées à partir des informations disponibles sur les documents d'identité. Pour un résident, le document d'identité est abîmé, et ne permet pas la relevée de la valeur de sa taille. Le calcul de son IMC n'est donc pas possible ; - Les courbes de poids sont disponibles pour quatre-vingt-un résidents. Les six résidents n'ayant pas une courbe de poids, ont été récemment admis dans l'EHPAD. En effet, leur courbe de poids comporte un seul point : celui de l'admission. Parmi les quatre-vingt-et-un résidents ayant une courbe de poids supérieure à deux points, quarante-cinq résidents sont dénutris. Par conséquent, l'analyse de la mensuration mensuelle du poids a été recherchée dans le sous-groupe des résidents dénutris. Ainsi, pour chaque courbe du poids deux paramètres ont été recueillis : - La durée en mois de cette courbe ; - Le nombre des points présents sur la courbe. La durée en mois de la courbe du poids permet de calculer un nombre théorique de points (point = mesure du poids). Ce nombre théorique correspond au nombre de points sur la courbe lorsqu'une mensuration mensuelle du poids est réalisée. Deux moyennes ont été ainsi calculées : - La moyenne du nombre de points mesurés effectivement par les soignants pour chaque résident et présents sur sa courbe du poids ; - La moyenne du nombre théorique des points calculés à partir de la durée du temps de chaque courbe de points et correspondant à une évaluation mensuelle du poids. Les résultats montrent une différence entre les moyennes de plus d'un point (4,47 versus 5,61). Remarque 19 : Bien que les résidents dénutris soient pesés régulièrement, la mesure du poids n'est pas mensuelle comme recommandée par les règles de bonnes pratiques de l'HAS.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
3.4.3.10	Aide au repas : -procédure permettant de déterminer les personnes à servir en chambre -Formation des professionnels sur les troubles de la déglutition	Un protocole d'aide au repas est disponible au sein de l'EHPAD. Une partie des professionnels ont été formés au diagnostic et à la prise en charge des troubles de la déglutition, par l'orthophoniste exerçant au sein de la structure. <u>Remarque 20 :</u> Une partie du personnel soignant n'a pas suivi une formation relative aux troubles de la déglutition.
3.4.4.1	Fréquence des toilettes eu égard aux ressources humaines disponibles ainsi qu'aux habitudes de vie des personnes accueillies	La fréquence des toilettes est réalisée en tenant compte des habitudes de vie de chaque résident. Selon les entretiens réalisés avec deux aides médico-psychologiques, un planning prévisionnel des toilettes est disponible pour chaque soignant, et leur réalisation est tracée dans le dossier de soins informatique de chaque résident. Toutefois, l'analyse de trente dossiers de soins, conduit à la conclusion que les toilettes ne sont saisies que ponctuellement dans le logiciel [REDACTED] <u>Remarque 21 :</u> La traçabilité des soins corporels des résidents est ponctuelle.
3.4.4.2	Gestion des changes (fréquence, planning, protocole) ?	Les entretiens avec l'IDEC, et deux aides médico-psychologiques ont permis de constater qu'un protocole des changes est disponible pour chaque résident. Un accompagnement aux sanitaires est effectif jour et nuit pour les résidents qui réalisent la demande. L'IDEC suit les stocks des changes, et en assure leur renouvellement selon les besoins de l'EHPAD.

3.4. Soins

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
3.8.1.1	Professions de santé mobilisées pour réaliser les missions de la structure	Les professionnels mobilisés pour réaliser les missions de la structure sont : - Quatre médecins traitants dont un assure également la fonction de médecin coordonnateur à [REDACTED] ETP. - Un IDEC à temps plein ; - Deux IDE à [REDACTED] ; Par ailleurs, deux postes d'IDE à temps plein sont actuellement disponibles. - Treize aides-soignantes à [REDACTED] ; Par ailleurs, quatre postes à temps plein sont actuellement disponibles ;

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
		- Trois aides médico-psychologiques à [redacted] ; - Onze ASH dont sept à [redacted] et quatre à [redacted] (chacune à [redacted] ETP) ; Par ailleurs, deux postes d'ASH à temps plein sont actuellement vacants ; - Une psychologue à [redacted] ; - Un poste de psychomotricien est actuellement vacant ; - Quatre kinésithérapeutes à [redacted] ; - Une orthophoniste à [redacted] ;
3.8.1.2	Organisation du travail sur la base des contrats de travail, des fiches de postes, des fiches horaires en vérifiant la continuité des soins sur 24h, 7 j sur 7, les jours fériés, les week-ends et pendant les périodes de congés et auprès de l'ensemble des personnes accueillies quel que soit l'architecture de la structure (pavillonnaire, unités de vie...)	La mission d'inspection a analysé les plannings soignants du mois d'octobre 2023. <u>En journée</u>, un pool de deux IDE est réparti sur les trois étages, à savoir rez-de-chaussée / unité de vie protégée 16 résidents, 1^{er} et 2^{ème} étage 37 résidents par étage respectivement. Une IDE travaille de 7h45 à 19h45 et la deuxième de 8h00 à 20h00. Celles-ci, en cas de besoin, peuvent faire appel à l'IDEC présent [redacted] dans la structure de [redacted]. Le médecin coordonnateur est présent au sein de l'EHPAD [redacted] et [redacted]. A l'UVP, deux AS assurent la prise en charge des 16 résidents de 8h00 à 20h00. Au 1^{er} étage, en moyenne trois AS prennent en charge les 37 résidents. Au 2^{ème} étage, en moyenne trois AS assurent la prise en charge des 37 résidents. Un pool de deux AS renforcé les équipes existantes en place entre 8h00 et 14h00. <u>La nuit</u>, deux AS et une ASH assurent la prise en charge des 90 résidents de l'EHPAD. Par ailleurs, une IDE libérale en astreinte de nuit complète cette équipe. Cette IDE intervient au sein de l'EHPAD sur appel téléphonique, tous les jours de la semaine sur le créneau horaire de 21h00 à 7h00. Recrutés par l'URPS IDE IDF dans le cadre d'un appel à candidature régional, les IDE libéraux interviennent dans deux situations : en cas d'urgence ou en cas de continuité des soins au cours de la nuit (e.g. soins palliatifs, retour d'hospitalisation nécessitant des soins ou une surveillance particulière).
3.8.1.4	Modalités d'exercice pour chaque mission définie du MEDCO et de l'IDEC	Un médecin coordonnateur exerce au sein de l'EHPAD pour [redacted]. Il assure également la fonction de médecin traitant pour trente-six résidents. Le temps dédié à la fonction de médecin coordonnateur doit être de 0,6 ETP. cf supra : 1.2.2.15
3.8.2.1	Supports et cahiers de transmission (soins, kiné, orthophoniste...) entre les différents professionnels en charge des personnes accueillies	Les transmissions soignantes se structurent autour de trois temps d'une journée :

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
		- Le premier temps a lieu à 7h45 et 8h00 respectivement, et correspond aux transmissions de l'équipe de nuit vers l'équipe de jour. - Le deuxième temps regroupe tous les soignants à l'infirmierie et se déroule entre 15h00 et 15h30. - Le troisième temps a lieu à 19h45 et 20h00 respectivement, et correspond aux transmissions de l'équipe de jour vers l'équipe de nuit. Un chevauchement de minimum quinze minutes est observé pour les transmissions entre les équipes de nuit et de jour. Les transmissions sont à la fois orales et écrites. La traçabilité des transmissions est assurée dans le volet paramédical / transmissions du logiciel [REDACTED] Pour les kinésithérapeutes les transmissions se réalisent sous forme écrite sur le logiciel [REDACTED] dans le volet médical / évaluations. Des transmissions écrites regroupées dans un cahier de transmissions ont été communiquées à la mission d'inspection. Il s'agit de « comptes rendus » des transmissions qui se déroulent à 15h00 chaque jour. La mission d'inspection a analysé les transmissions écrites courant octobre 2023. Ainsi, chaque transmission comporte une liste d'émargement, et une partie libre permettent d'y consigner, par unité de prise en charge (i.e. UVP, 1^{er} et 2^{ème} étage), les observations relatives aux résidents posant problème. Remarque 22 : Compte tenu de l'organisation actuelle des transmissions, entre les transmissions ciblées notées sur [REDACTED] et les transmissions ciblées écrites dans le cahier des transmissions, une dispersion de l'information relative aux problématiques des résidents peut se produire. Pour les nouveaux arrivants au sein de l'EHPAD : - Une vidéo qui leur est destinée, est en cours de réalisation. Celle-ci présente le trajet du métro jusqu'à l'EHPAD, et ses différents niveaux. - Chaque nouvel arrivant reçoit un téléphone professionnel et les n° de téléphone des soignants présents sur site en même temps que lui. - Par ailleurs, des feuilles de transmission synthétiques avec les souhaits de chaque résident sont mises à leur disposition. - Un livret d'accueil leur est systématiquement remis, comportant les différents codes d'accès nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
		- L'identifiant et le code d'accès à [REDACTED] leur sont communiqués. Lors des différents entretiens conduits par la mission d'inspection, les soignants interviewés affirment que le classeur des protocoles et procédures est localisé à l'infirmerie, à l'exception du protocole d'urgence vitale qui est affiché dans chaque poste de soins. En cas d'urgence médicale survenue en l'absence d'un médecin sur site, les soignants appellent d'abord le médecin traitant du résident concerné, et en cas de non réponse, ils appellent le 15 ou les pompiers selon la situation qui se présente. Les IDE recueillent, lors de l'admission du résident, ses souhaits et ceux de son entourage. Le projet de soins est ensuite élaboré avec la collaboration de l'IDEC et de l'AS responsable du résident. Son suivi est assuré lors de l'élaboration du projet d'accompagnement individualisé, lors du changement de l'état du résident ou selon les besoins du résident concerné.
3.8.2.2	Tracabilité des soins en temps réel, à distance du soin, quels supports. [REDACTED]	La modalité de tracabilité des soins est assurée à distance de l'acte de soin. L'absence d'ordinateurs portables ou de tablettes, ainsi que l'absence d'un réseau WiFi, ne permettent pas la tracabilité en temps réel des soins y inclus la saisie de l'administration des médicaments en temps réel. Cette tracabilité se réalise dans l'outil [REDACTED] L'analyse des trente premiers dossiers classés par ordre alphabétique conduit aux constats suivants : - Les observations infirmières et celles des aides-soignantes ne sont pas quotidiennes. Les dossiers de soins comportent cependant des transmissions ciblées. - Lorsqu'un événement de santé nécessitant une surveillance rapprochée survient, ces observations peuvent devenir quotidiennes pendant la période de mise en place de cette surveillance. - Les actes de soins corporels sont exceptionnellement marqués dans les transmissions, ainsi que les changes. Ecart n°15 : Les transmissions orales des actes de soins (i.e. infirmiers, aides-soignants) se font bi-quotidiennement. Toutefois, leur tracabilité écrite n'est pas systématiquement réalisée ce qui contrevient aux dispositions des articles R1112-2 (1°), R4311-1 à R4311-3 du CSP.
3.8.2.3	Les dates de péremption (indiquées sur les produits multi-usage ouverts)	Les produits multi-usage comportent leur date de péremption soit sur leur boîte, soit sur le flacon.
3.8.2.4	Procédures du circuit du médicament [REDACTED]	Bien que la mission d'inspection ait demandé toutes les procédures du circuit du médicament de l'EHPAD, seules deux d'entre elles lui ont été transmises, à savoir : - Le circuit interne du médicament ; - Le suivi des stupéfiants.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
		Par ailleurs, un livret thérapeutique gériatrique lui a été également transmis, mais ce livret est élaboré par l'OMéDIT. Ce livret n'a pas été adapté aux besoins spécifiques de l'EHPAD Les Ambassadeurs Nation. La procédure relative au circuit interne du médicament (Réf. : SOINS/PROT/0 ; version 1 du 12 septembre 2014), décrit succinctement le circuit du médicament de sa prescription jusqu'à son administration. Cette procédure précise que l'administration des médicaments est assurée par les IDE. La procédure transmise est incomplète s'arrêtant à l'administration des médicaments aux résidents. La procédure relative au suivi des stupéfiants (Réf. : SOINS/PROT/018 ; version 1 du 10 février 2012) est très succincte. Elle précise seulement les modalités de prescription et de retour des stupéfiants non utilisés. Remarque 23 : Les deux procédures du circuit du médicament et de suivi des stupéfiants sont anciennes.
3.8.2.5	La dispensation du médicament et des soins : [REDACTED]	La dispensation des médicaments est assurée par la pharmacie [REDACTED] (Cf. contrat daté du 14 février 2020). Les prescriptions originales sont faxées à la pharmacie, qui dispense les médicaments à partir des ordonnances faxées. La prescription originale est préservée dans le dossier papier du résident stocké à l'infirmerie. Ecart n°16 : L'original des prescriptions n'est pas transmis à la pharmacie, ce qui contrevient aux dispositions des articles R.5132-13 et 14 du CSP
3.8.2.6	Modalité de prescriptions et renouvellement par un médecin [REDACTED]	Trois médecins traitants, parmi les quatre qui soignent des résidents au sein de l'EHPAD, prescrivent dans le dossier informatisé. Le médecin traitant qui prescrit les ordonnances sous format papier, vient consulter un seul résident au sein de l'EHPAD. Le pourcentage de prescriptions informatisées est d'environ 98%. Le logiciel [REDACTED] affiche sur sa page d'accueil, le nom des résidents pour lesquels les prescriptions informatisées ont expiré ou approchent la date limite d'expiration. Le 25 novembre 2023, sur cette page d'accueil figuraient : - Trente-trois résidents ayant des ordonnances expirées depuis maximum quatorze jours ; - Dix-sept résidents ayant des ordonnances qui expirent dans les dix jours suivants. Remarque 24 : Le renouvellement des ordonnances informatisées n'est pas à jour, même s'il est signalé au minimum 10 jours à l'avance sur la page d'accueil du logiciel [REDACTED]

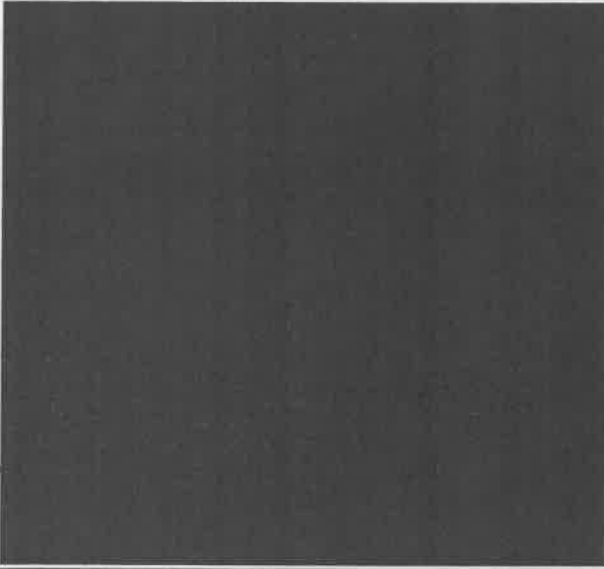
N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
3.8.2.7	Liste préférentielle de médicaments (LPM) : - modalités d'élaboration (MedCo en collaboration avec les médecins traitants et le pharmacien -adaptée aux personnes âgées et est-elle établie par classes thérapeutiques ?	Selon les entretiens réalisés lors de l'inspection, la liste préférentielle de médicaments n'a pas été encore établie. L'IDEC et le médecin coordonnateur ont contacté le pharmacien d'officine, afin de convenir d'une date d'élaboration de cette liste. Remarque 25 : La liste préférentielle de médicaments n'a pas été encore établie.
3.8.2.8	Pratiques de retranscription : - aux différentes étapes du processus de la PECM, - dans certaines situations de prescriptions orales : confirmées par écrit ?	Les infirmières peuvent être amenées, dans certaines situations (e.g. traitement par AVK avec un INR augmenté, Hyperkalémie), à appeler le médecin traitant du résident concerné. Des prescriptions par téléphone peuvent avoir lieu dans ces contextes. Les infirmières demandent cependant au médecin traitant du résident une prescription à distance pour régulariser les changements de posologie. Les médecins traitants ont également l'option de faxer une ordonnance afin que la mise à jour du dossier du résident soit effective. Les infirmières n'ont pas les droits nécessaires pour régulariser les prescriptions informatisées des résidents qu'elles prennent en charge.
3.8.2.9	Moyens de transmissions :	Les ordonnances sont adressées de l'EHPAD à l'officine par fax ou par courriel. L'envoi par courriel permet en outre de pouvoir expliciter les changements thérapeutiques intervenus, ou de décrire le contexte médical d'une première ordonnance chez un nouveau résident. Les conseils thérapeutiques de l'officine sont transmis à l'EHPAD par fax ou par courriel. Les observations entre EHPAD et officine sont communiquées par téléphone, par fax ou par courriel.
3.8.2.12	Stock tampon	Le stock tampon est localisée à la pharmacie de l'EHPAD, elle-même attenante à l'infirmerie. Il est contrôlé chaque mois.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
3.8.2.13	Identification jusqu'à l'administration du médicament	L'identification se réalise actuellement à partir de la photographie du résident présente dans le classeur des prescriptions. La photo du résident n'est pas collée sur le pilulier. Une commande d'étiquettes a été passée une semaine avant la date d'inspection, afin de pouvoir imprimer les photos des résidents et de les mettre dans les contenants de médicaments de chaque résident. <u>Remarque 26 :</u> La modalité d'identification des résidents lors de l'étape d'administration des médicaments est incomplète, à savoir la photographie du résident n'est pas collée à son pilulier.
3.8.2.14	La préparation des médicaments	La préparation des médicaments est réalisée par les deux infirmières de jour, le samedi matin après la distribution des médicaments. Cette préparation a lieu au sein de l'infirmierie qui est sécurisée et propre. L'ensemble des contenants individuels utilisés pour la distribution des médicaments, sont nettoyés mensuellement.
3.8.2.16	Conditions de préparation des médicaments (double contrôle des piluliers assuré par un personnel différent, fréquence de préparation, personnel impliqué)	Au sein de l'infirmierie, les infirmières ne sont pas interrompues dans leur tâche de préparation des médicaments. La préparation des médicaments est effectuée au vu de la dernière prescription originale, située dans le dossier papier de chaque résident. Ces dossiers papiers sont stockés dans une armoire fermant à clé, localisée dans l'infirmierie. Il n'y a pas un double contrôle des piluliers assuré par deux professionnels différents. Les rouleaux des médicaments sont préparés par la pharmacie pour une semaine. Par conséquent, la fréquence de préparation des piluliers est hebdomadaire. <u>Remarque 27 :</u> Un double contrôle des piluliers n'est pas assuré actuellement au sein de l'EHPAD.
3.8.2.17	L'administration des médicaments	L'administration des médicaments est réalisée en utilisant la copie de la dernière prescription originale du résident. Les chariots de médicaments sont sécurisés au moyen d'une clé.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
3.8.2.18	Traçabilité de l'administration ou de la non-administration (Identité du résident + identité du soignant) [REDACTED]	Une traçabilité de l'administration des médicaments est réalisée en différé dans le logiciel [REDACTED] Remarque 28 : La traçabilité de l'administration des médicaments, n'est pas assurée actuellement en temps réel. La mission d'inspection n'a pas vérifié si les spécialités sous forme multi doses comportent la date d'ouverture et le nom du résident.
3.8.2.20	Liste et protocole des médicaments à ne pas broyer (formes galéniques adaptées) [REDACTED]	La liste des médicaments à ne pas broyer n'a pas été dressée. Une fois que la liste préférentielle de médicaments est établie, l'IDEC et le médecin coordonnateur vont élaborer la liste des médicaments à ne pas broyer. Remarque 29 : Une liste des médicaments à ne pas broyer n'est pas élaborée au sein de l'EHPAD. Un protocole de broyage des médicaments n'est pas disponible au sein de l'EHPAD. La direction de l'EHPAD a communiqué à la mission d'inspection à l'issue de l'inspection sur site, une liste de médicaments écrasables datant de 2022. Cette liste, élaborée sous format Excel, contient environ 600 molécules. Médicamenteuses classées par ordre alphabétique. Pour certaines molécules le caractère écrasable y est renseigné.
3.8.2.22	Organisation de la délégation d'administration des médicaments par l'IDE [REDACTED]	La délégation d'administration des médicaments a lieu à deux moments d'une journée type : - En journée à l'UVP, où les médicaments sont préparés par les infirmières et sont administrés par les aides-soignantes ; - La nuit dans tout l'EHPAD, quand les médicaments sont administrés par les deux aides-soignants de nuit.
3.8.2.23	Le registre des stupéfiants [REDACTED]	Le registre des stupéfiants est entreposé sur le coffre à stupéfiants disposé dans une armoire localisée à la pharmacie de l'EHPAD. Ce coffre contenait plusieurs boîtes d'actiskenan, chacune comportant le nom et le prénom du résident auquel elle était destinée. Les entrées et les sorties du coffre à stupéfiants sont concordantes. Le registre est régulièrement complété.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
3.8.2.24	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur (formation à l'usage des pompes à morphine ...)	Un protocole de dépistage et de lutte contre la douleur existe au sein de l'EHPAD (Réf. : SOINS/PROT/020, version 1 du 13 mars 2012). Ce protocole présente, au moyen d'un logigramme, la démarche à suivre chez un résident qui éprouve des douleurs. Une partie de ce protocole est encore sous forme de projet. <u>Remarque 30 :</u> Le protocole de prise en charge de la douleur n'est pas à jour, puisqu'une partie de celui-ci est resté sous forme de projet.
3.8.2.25	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie (sédation profonde, directives anticipées, personne de confiance) rédigé, validé et connu du personnel.	Une procédure d'accompagnement de fin de vie existe au sein de l'EHPAD. Elle a été validé le 4 mai 2012. Elle est assez succincte. Elle présente, pour chaque type de soignant des recommandations de prise en charge. Les entretiens avec les différents soignants indiquent que ceux-ci connaissent l'existence d'un protocole relatif à la fin de vie. L'EHPAD bénéficie en outre de la présence de l'équipe mobile de soins palliatifs HUMANEST qui rédige des prescriptions anticipées. Une formation à la prise en charge des résidents en fin de vie a été dispensée les 13 et 14 novembre 2023. Il n'y a pas de sédation profonde qui soit proposée aux résidents en la nécessitant au sein de l'EHPAD.
3.8.2.26	Protocoles de suivi pour les pathologies rencontrées dans l'établissement (les conduites à tenir dans diverses situations : diabète, épilepsie, chutes...)	Il existe une procédure décrivant la conduite à tenir en cas de trouble de la glycémie, plus précisément en cas d'hypoglycémie (Procédure de soins d'hygiène, version 2, 01/01/2010). Pour les résidents diabétiques, et notamment pour les résidents diabétiques insulinorequérants, des protocoles individuels sont prescrits par les médecins traitants. Il n'existe pas une procédure relative à la prise en charge des résidents épileptiques. La procédure de prévention et de traitement des chutes (Réf. : SOINS/PROT/015, version 1 du 10 janvier 2012) présente au moyen d'un logigramme les modalités d'intervention des différents soignants en cas de chute. Une information systématique du médecin traitant, même en cas de chute sans signes de gravité, y est indiquée. En revanche, l'analyse des dossiers médicaux indique que l'information du médecin traitant n'est pas systématique, et par conséquent la visite médicale post chute auprès du résident concerné est rarement réalisée. <u>Remarque 31 :</u> La procédure de traitement des chutes indique que même les chutes sans gravité doivent être communiquées au médecin traitant du résident. Cette indication n'est pas suivie actuellement par les soignants de l'EHPAD. Par conséquent, les médecins traitants ne sont pas prévenus de chutes des résidents dont ils ont la charge, et ils ne réalisent pas une réévaluation post-chute de l'état clinique du résident.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
3.8.3.1	Postes dédiés aux soins (UVP)	L'infirmierie est située au rez-de-chaussée du bâtiment, et juxtapose une des trois entrées sécurisées de l'unité de vie protégée. L'accès à infirmerie se fait par digicode (code d'accès connu seulement par les soignants). L'infirmierie se situe également à proximité de l'ascenseur qui donne l'accès au premier et au deuxième étage. Le poste de soins du rez-de-chaussée est situé au milieu de l'unité de vie protégée. Les deux ailes comportant les seize chambres des résidents se distribuent à partir d'un grand espace de repos et de rencontre, sur lequel s'ouvre également le poste de soins. L'infirmierie est les postes de soins sont propres et les différentes surfaces sont nettoyées.
3.8.3.2	Equipements des postes de soins : - matériel de pesée, - chariot d'urgence, - instruments de mesure, - produits d'hygiène (solution hydro alcoolique),	Le poste de soins de l'unité de vie protégée est équipé d'un appareil de prise des constantes, d'un chariot de soins et d'un chariot des médicaments sécurisé. Le chariot d'urgence est localisé à l'infirmierie, qui juxtapose l'emplacement de l'unité de vie protégée. Une chaise de pesée est localisée à chaque étage. Elle permet d'assurer le suivi pondéral mensuel des résidents.
3.8.3.3	Moyens de sécurisation contre le vol (matériels, dossiers, informations)	L'infirmierie est sécurisée par digicode. Son code d'accès est connu seulement par les soignants. Une armoire, localisée à l'infirmierie, et fermant à clé recèle les dossiers médicaux. Chaque poste de soins est pourvu d'un digicode.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
3.8.3.4	Stockage des médicaments 	Le stockage des médicaments se fait à l'infirmerie au niveau d'une pièce attenante dénommée pharmacie. L'accès à cette pharmacie se fait par digicode. Elle comporte une grande armoire dans laquelle sont rangées les bannettes des résidents par n° de chambre. Les noms des résidents y sont également apostés. Dans cette même armoire se situe le coffre à toxiques (code d'accès connu par l'IDEC, les IDE, l'IDE libérale de nuit, le médecin coordonnateur). Cette pièce est régulièrement nettoyée et le jour de la visite elle était propre. Un réfrigérateur destiné aux médicaments thermosensibles s'y trouve également. Sa température du est relevée deux fois par jour par les IDE. Les températures sont notées sur une fiche spécifiquement dédiée. Les valeurs mesurées sont comprises entre 4 et 6°C. Il n'y a pas de feuille de vérification mensuelle des dates de péremption, de fréquence de son nettoyage et de fréquence de son dégivrage. Remarque 32 : Les feuilles du suivi des dates de péremptions, du nettoyage et du dégivrage du réfrigérateur à médicaments thermosensibles n'existent pas.
3.8.3.7	Des besoins en protections (stocks de protections en nombre et en qualité par rapport à ces besoins) 	Un protocole de besoins en protections est disponible au sein de l'EHPAD. Des plannings des changes, présents à chaque étage, précisent pour chaque résident l'heure du changement et la taille de la protection à utiliser. Il existe un volet change dans le plan de soins individuel de chaque résident. Les informations contenues dans ce volet servent à l'élaboration des plannings des changes. L'IDEC est en charge d'assurer l'approvisionnement en protections. Les entretiens menés par la mission d'inspection avec deux aides médico-psychologiques, relèvent l'absence de pénurie en protections au sein de l'EHPAD. Le stockage des protections se fait au niveau de l'unité de vie protégée, dans le local du linge propre.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
3.8.3.8	Stockage du chariot d'urgence [REDACTED]	Le chariot d'urgence est localisé à l'infirmerie, attenante à l'unité de vie protégée et proche de l'ascenseur qui dessert les deux étages du bâtiment. Une aspiration fonctionnelle (contrôlée le jour de la visite) y est entreposée. Le chariot d'urgence était : - Scellé le jour de l'inspection sur site ; - Vérifié mensuellement et en cas d'utilisation. L'EHPAD disposait de trois extracteurs d'O2 localisés au niveau de la pharmacie et deux obus d'oxygène posés dans un système de fixation.
3.8.3.9	DAE: [REDACTED]	Le DAE est : - Installé au niveau du hall d'accueil de l'EHPAD et donc visible du public ; - Installé dans un endroit facile d'accès ; - La signalétique est conforme aux exigences réglementaires ; - Il était en état de fonctionnement.
3.8.4.1	Projet de soins individualisé [REDACTED]	Un projet de soins individualisé est disponible pour chaque résident. Le jour de l'admission du résident à l'EHPAD, l'IDE renseigne un questionnaire relatif aux habitudes de vie du nouveau résident. Après ce recueil d'information, l'IDE et l'AS référentes du résident élaborent avec l'IDEC le projet de soins individualisé du nouveau résident. Le projet de soins individualisé comporte plusieurs volets (liste non exhaustive) : - Alimentation et hydratation ; - Soins corporels : - o Toilette ; - o Changes ; - Habillage et déshabillage ; - Mesure mensuelle du poids ; - Administration de médicaments ; - Surveillance nocturne. Le suivi de ce projet est assuré par l'IDEC. Sa mise à jour est réalisée lors de l'élaboration du PVI, lors du changement de l'état du résident ou selon les besoins du résident concerné.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
3.8.4.3	DLU 	Le DLU de chaque résident est disponible : - Soit sur [REDACTED] dans sa forme actualisée ; - Soit dans le dossier médical papier localisé dans une armoire fermant à clé au sein de l'infirmierie. La version papier du DLU n'est pas actuellement mise à jour. L'IDEC et le médecin coordonnateur travaillent actuellement sur les dossiers médicaux des résidents, afin de les compléter et de les mettre à jour. A la fin du processus, les DLU actualisés seront mis dans le dossier médical papier de chaque résident. Cette version papier du DLU est vouée à servir lorsqu'une panne informatique surviendrait dans l'EHPAD. Les deux versions de DLU sont accessibles aux soignants 7 jour/7 et 24h/24.

4. Relations avec l'extérieur

4.1. Coordination avec les autres secteurs.

N°IGAS	Point de contrôle	Observations ou commentaires
4.2.1.1	Groupeements hospitaliers de territoire (GHT) -protocole avec un établissement de santé pour la gestion des urgences -conventions avec des établissements de santé, public ou privé, prévoyant les modalités d'accueil, de prise en charge en service de gériatrie, de médecine, de chirurgie ou psychiatrie et de retour	Pour la gestion de urgences, l'EHPAD a signé une convention avec l'hôpital Saint-Antoine (Paris 12^{ème}). La date de signature est le 1^{er} décembre 2014. Par ailleurs cette convention propose une prise en charge des résidents : - Dans le service de médecine gériatrique ou le service de médecine polyvalente ; - Par l'unité mobile de gériatrie. Enfin, cette convention prévoit aux résidents de l'EHPAD un accès à toutes les consultations externes assurées par l'hôpital. Pour un nombre réduit de résidents, l'adressage se fait au service des urgences de l'hôpital La Croix Saint-Simon (Paris 20^{ème}), selon les exigences exprimées par leurs proches. Il n'y a pas cependant de convention formalisée, qui relie l'EHPAD de l'hôpital La Croix Saint-Simon, pour la prise en charge des urgences. Pour la prise en charge chirurgicale des résidents, un partenariat permet de les adresser à la Clinique [REDACTED] (Paris [REDACTED]). Pour la prise en charge psychiatrique les résidents sont adressés à USPPIC (unité de soins psychiatriques de particulière intensité et d'intervention de crise ; Paris 11^{ème}) des hôpitaux de Saint-Maurice.
4.2.1.2	Intervention de personnels médicaux et paramédicaux libéraux	Trois contrats ont été signés avec trois des quatre médecins traitants de l'EHPAD. Une convention avec un dentiste libéral assure un accès facilité des résidents aux soins de stomatologie.

		Par ailleurs, une IDE libérale intervient la nuit sur sollicitation téléphonique, afin d'assurer la prise en charge infirmière des résidents. Quatre kinésithérapeutes exercent à titre libéral au sein de l'EHPAD. Leurs conventions sont datées et signées par les deux parties prenantes. Un orthophoniste pratique également au sein de l'EHPAD (convention effective).
4.2.1.3	Intervention de services de santé à domicile	Aucune convention ou partenariat n'est noué entre l'EHPAD et de services de santé à domicile.
4.2.1.4	Modalités d'accompagnement de l'EHPAD par un établissement/service d'HAD - partenariat avec une unité cognitive-comportementale	L'EHPAD a signé une convention avec l'hôpital Saint-Antoine (Paris 12^{ème}) pour la prise en charge des résidents en HAD (date de signature le 18 décembre 2014). L'EHPAD a signé également une convention avec la fondation La Croix Saint-Simon (Paris 20^{ème}) pour la prise en charge des résidents en HAD (date de signature de la convention le 12 mars 2019). Il n'existe pas de partenariat direct entre l'EHPAD et une UCC. Les résidents, en cas de décompensation psychiatrique, sont envoyés au CAP Bastille (Paris 11^{ème}), qui, le cas échéant, prend attache auprès d'une UCC.
4.2.1.5	Les conventions contractées, par l'établissement et modalités d'intervention (réseau gériatrique)	Une convention, signée le 28 mai 2020, donne accès à l'EHPAD à une équipe mobile de gériatrie rattachée à l'hôpital Rothschild (Paris 19^{ème}). Un partenariat relie l'EHPAD aux hôpitaux de Saint-Maurice (94410 Saint-Maurice) et notamment à son équipe mobile de gériatrie-psychiatrie. Le laboratoire de biologie médicale [REDACTED] (Paris [REDACTED]) est le partenaire de la structure pour la réalisation des analyses médicales. Une convention, signée le 30 novembre 2022, relie l'EHPAD au cabinet de radiologie [REDACTED] (Paris [REDACTED]).
4.2.1.6	Modalités d'accompagnement par une équipe mobile de soins palliatifs ou un réseau de santé [REDACTED]	Une convention avec l'association HUMANEST, fait bénéficier les résidents d'une expertise en soins palliatifs et de l'astreinte médicale assurée par un médecin expert en soins palliatifs en dehors des heures ouvrables. La date de signature de cette convention est le 6 novembre 2022.

4.2.1.7	Convention d'Officine, pharmacie PUI ou de ville	Une convention avec la pharmacie (Paris), signée le 11 février 2020 par les deux parties prenantes, permet la délivrance des médicaments au sein de l'EHPAD.
4.2.2.1	Partenariats avec des ESSMS	L'établissement a un partenariat avec l'URPS infirmier Ile de France
4.2.3.1	DAC et/ou réseaux gériatriques	L'association HUMANEST, avec laquelle l'EHPAD a signé une convention relative à la prise en charge en soins palliatifs, est porteuse également du DAC HumanEst. Ce partenariat n'a pas fait encore l'objet d'une convention.

Récapitulatif des écarts et des remarques

La mission a relevé 17 écarts et 32 remarques.

Écarts

Numéro	Ecart	Page
Ecart n°1 :	: L'établissement ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement à jour, ce qui contrevient à l'article L311-7 CASF du CASF.	10
Ecart n°2 :	L'établissement ne dispose pas à ce jour d'un projet d'établissement formalisé et en cours de validité, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.	10
Ecart n°3 :	Le plan bleu ne porte que sur la gestion des épisodes de canicule. Il est donc partiel et n'aborde pas toutes les dimensions obligatoires ce qui contrevient à l'article D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique).	11
Ecart n°4 :	La quotité de travail réglementaire du médecin coordonnateur est de 0.6 ETP compte tenu de la capacité de l'EHPAD. Or la quotité de travail effective du MEDCO n'est que de (sur place), ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-156 du CASF.	14
Ecart n°5 :	Le médecin coordonnateur n'est pas titulaire d'un diplôme relatif à cette fonction, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-157 du CASF.	14

Ecart n°6 :	Il n'est pas présenté au CVS de bilan des EI et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD, ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.	17
Ecart n°7 :	L'établissement, en ne déclarant pas aux autorités administratives compétentes l'ensemble des dysfonctionnements graves dans sa gestion ou son organisation susceptibles d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits ni l'ensemble des événements 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, contrevient aux articles L. 331-8-1, R.331-8 et 9 du CASF.	22
Ecart n°8 :	Les deux RAMA 2021 et 2022 élaborés par l'IDEC et le médecin coordonnateur respectivement, ne sont pas signés par leurs rédacteurs. Par ailleurs, ces documents n'ont pas reçu l'avis de la CCG ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-158 (10°) du CASF.	25
Ecart n°9 :	En l'absence de vérification systématique des diplômes, l'établissement ne se met pas en mesure de satisfaire aux dispositions de l'article D312-155-0 dans le II : diplôme d'état infirmier, à l'article D312-157 CASF : diplôme du MEDCO L312-1 CASF (CASF)	25
Ecart n°10 :	Les étapes et le contenu de l'évaluation gériatrique à l'admission des résidents ne sont pas bien structurés au sein de l'EHPAD, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158 (6°) du CASF.	37
Ecart n°11 :	Aucun résident ne dispose d'un PVI à jour, ce qui contrevient à l'article L311-3 (3° et 7°) CASF.	38
Ecart n°12 :	Le recueil écrit du consentement du résident et à défaut de son entourage, avant la mise en place d'une contention, n'est pas actuellement assuré au sein de l'EHPAD, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-4-1 s	42
Ecart n°13 :	La prescription d'un régime alimentaire à l'admission du résident n'est pas systématique, ce qui se fait au détriment de la qualité de sa prise en charge, et contrevient à l'alinéa trois de l'article L.311-3 (3°) du CASF.	44
Ecart n°14 :	Les soignants de nuit ne proposent pas systématiquement une collation nocturne aux résidents de l'EHPAD. L'absence de collation nocturne conduit à un jeûne nocturne de plus de 12 heures. L'absence de proposition systématique aux résidents d'une collation nocturne contrevient à l'article D.312-159-2 F et à l'annexe 2-3-1 III 2° du CASF.	45
Ecart n°15 :	Les transmissions orales des actes de soins (i.e. infirmiers, aides-soignants) se font bi-quotidiennement. Toutefois, leur traçabilité écrite n'est pas systématiquement réalisée ce qui contrevient aux dispositions des articles R1112-2 (1°), R4311-1 à R4311-3 du CSP.	49
Ecart n°16 :	L'original des prescriptions n'est pas transmis à la pharmacie, ce qui contrevient aux dispositions des articles R.5132 -13 et 14 du CSP	50

Remarques

Numéro	Remarque	Page
Remarque 1 :	L'IDEC n'a pas dans son parcours professionnel, de référence en matière de coordination d'établissement.	13
Remarque 2 :	Les affichages qui devraient être présents et visibles au sein de l'EHPAD sont incomplets.	15
Remarque 3 :	L'établissement ne dispose pas d'un PACQ depuis 2019.	17
Remarque 4 :	Le résultat des enquêtes de satisfaction portant sur la qualité de la prise en charge des résidents n'est pas communiqué.	20
Remarque 5 :	Il n'existe pas de registre des réclamations permettant d'en assurer la traçabilité, le suivi et la résolution.	20
Remarque 6 :	Le processus de traitement des réclamations n'est pas formalisé, ce qui ne garantit pas que des réponses adaptées et circonstanciées soient systématiquement apportées aux familles.	20
Remarque 7 :	Les procédures de gestion des EI, dysfonctionnements et EIG, et fiche de signalement des EI sont anciennes et méritent d'être mises à jour.	21
Remarque 8 :	Il est constaté une insuffisante connaissance par les équipes de l'EHPAD des modalités d'identification et de signalement interne des EI/EIG.	21
Remarque 9 :	L'établissement n'a pas mis en place un suivi et un bilan des EI/EIG, dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité.	21
Remarque 10 :	Il n'existe pas de procédure de déclaration et de gestion des EI liés au circuit du médicament.	22
Remarque 11 :	Certaines parties du RAMA ne sont pas développées : les données relatives à la morbidité des résidents, les informations relatives à la prise en charge médicamenteuse, et celles relatives aux contentions.	25
Remarque 12 :	Les dossiers des personnels ne contiennent pas tous une fiche de poste individualisée et signée	25
Remarque 13 :	Une absence d'entretien professionnel ce qui contrevient à l'article Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail (CDD).	25
Remarque 14 :	Le médecin coordonnateur dispense peu de formations auprès des professionnels alors qu'il doit contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation et participer aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement (Article D312-158 (8°) du CASF).	27
Remarque 15 :	Une observation médicale complète à l'admission n'est pas retrouvée dans les dossiers des résidents admis lors de la dernière année calendaire. Par ailleurs, aucune synthèse médicale annuelle n'a été retrouvée dans les autres dix-huit dossiers médicaux consultés, correspondant à des résidents pris en charge dans l'EHPAD depuis plus d'un an.	30
Remarque 16 :	Certaines parties du RAMA ne sont pas développées : les données relatives à la morbidité des résidents, les informations relatives à la prise en charge médicamenteuse, et celles relatives aux contentions	31
Remarque 17 :	Les transmissions entre les équipes soignantes ne sont pas tracées systématiquement dans le logiciel [REDACTED] et/ou le cahier des transmissions. Ce type de	40
Remarque 18 :	Il existe actuellement deux modalités de saisie des transmissions soignantes : via le logiciel [REDACTED] et/ou le cahier des transmissions. Ce type de fonctionnement peut conduire à une dispersion des informations relatives à l'état de santé des résidents.	40

Remarque 19 :	Bien que les résidents dénutris soient pesés régulièrement, la mesure du poids n'est pas mensuelle comme recommandée par les règles de bonnes pratiques de l'HAS.	45
Remarque 20 :	Une partie du personnel soignant n'a pas suivi une formation relative aux troubles de la déglutition.	46
Remarque 21 :	La traçabilité des soins corporels des résidents est ponctuelle.	46
Remarque 22 :	Compte tenu de l'organisation actuelle des transmissions, entre les transmissions ciblées notées sur NETSoins® et les transmissions ciblées écrites dans le cahier des transmissions, une dispersion de l'information relative aux problématiques des résidents peut se produire.	48
Remarque 23 :	Les deux procédures du circuit du médicament et de suivi des stupéfiants sont anciennes.	50
Remarque 24 :	Le renouvellement des ordonnances informatisées n'est pas à jour, même s'il est signalé au minimum 10 jours à l'avance sur la page d'accueil du logiciel [REDACTED]	50
Remarque 25 :	La liste préférentielle de médicaments n'a pas été encore établie.	51
Remarque 26 :	La modalité d'identification des résidents lors de l'étape d'administration des médicaments est incomplète, à savoir la photographie du résident n'est pas colée à son pillulier.	52
Remarque 27 :	Un double contrôle des piluliers n'est pas assuré actuellement au sein de l'EHPAD.	52
Remarque 28 :	La traçabilité de l'administration des médicaments, n'est pas assurée actuellement en temps réel.	53
Remarque 29 :	Une liste des médicaments à ne pas broyer n'est pas élaborée au sein de l'EHPAD. Un protocole de broyage des médicaments n'est pas disponible au sein de l'EHPAD.	53
Remarque 30 :	Le protocole de prise en charge de la douleur n'est pas à jour, puisqu'une partie de celui-ci est resté sous forme de projet.	54
Remarque 31 :	La procédure de traitement des chutes indique que même les chutes sans gravité doivent être communiquées au médecin traitant du résident. Cette indication n'est pas suivie actuellement par les soignants de l'EHPAD. Par conséquent, les médecins traitants ne sont pas prévenus de chutes des résidents dont ils ont la charge, et ils ne réalisent pas une réévaluation post-chute de l'état clinique du résident.	54
Remarque 32 :	Les feuilles du suivi des dates de péremptions, du nettoyage et du dégivrage du réfrigérateur à médicaments thermosensibles n'existent pas.	56

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD Les Ambassadeurs, géré par le groupe GDP VENDOME a été réalisée le 16 novembre 2023 à partir des constats faits sur place et des documents transmis par l'établissement le 23 novembre 2023.

La mission d'inspection a relevé les points positifs suivants :

- Gouvernance :
- Une implication des professionnels auprès des usagers,
- Une équipe d'encadrement est à l'écoute tant des résidents de leur famille que des professionnels,

Fonction support :

- La présence de cadre de soutien par pole d'intervention,
- Une fidélisation du personnel,
- Des locaux accueillants entretenus, et spacieux,

Prise en charge :

- Une unité de vie protégée adaptée au public,
- Des repas cuisinés sur place.

Toutefois, la mission d'inspection a constaté le non-respect de certaines normes législatives et réglementaires ainsi que de recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

Concernant le volet Gouvernance :

- o Management et Stratégie : **2 écarts** (E1-2)
- o Gestion de la qualité : **1 remarque** (R 3), **1 écart** (E 6)
- o Gestion des risques : **3 remarques** (R1-2- 4)

Concernant le volet Prises en charge :

- o Organisation de la prise en charge : **2 remarques** (R17-18) **2 écarts** (E 14,-15)
- o Soins : **1 remarque** (R 32)

Concernant le volet Fonctions support

- o Gestion des RH : **3 remarques** (R12-13-14) **2 écarts** (E 8-9)

Elle a également relevé des dysfonctionnements importants en matière :

Concernant le volet Gouvernance :

- o Gestion de la qualité : **2 remarques** (R 5- 6) et **3 écarts** (E 3-4-5)
- o Gestion des risques : **4 remarques** (R -7-8-9-10-) **1 écart** (E 7)

Concernant le volet Prises en charge :

- o Organisation de la prise en charge : : **4 remarques** (R 19-20-21-22) **4 écarts** (E 11-12-13-14)
- o Soins : **10 remarques** (R 23-24-25-26-27-28-29-30-31) et **2 écarts** (E 15-16)

Concernant le volet Fonctions support

- o Gestion de l'information : **3 remarques** (R 11-15-16)

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Cabinet de la Directrice générale
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale de l'ARS
De Paris

Ville de Paris

Affaire suivie par : Sameya LADJADJ

Madame Sameya LADJADJ, inspectrice de l'action
sanitaire et sociale, coordinatrice de la mission
d'inspection, ARS IDF ;
Madame Sophie PASQUIER, inspectrice de
l'action sanitaire et sociale, ARS IDF ;
Madame Adina HENEGAR, médecin, désignée en
qualité d'inspectrice par la Directrice générale de
l'Agence régionale de santé ;
Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle
des ESMS parisiens ;
Madame Florence PEKAR, chargée du contrôle
des ESMS parisiens.

Saint-Denis, le

Mesdames, Monsieur,

Le Gouvernement a engagé début février 2022 la mise en œuvre d'un plan national d'inspection et de contrôle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (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. Ce plan s'inscrit également dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens. 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.

Aussi, nous vous demandons de réaliser de manière inopinée une inspection à compter du **jeudi 16 novembre 2023 à partir de 8h30**, au sein de l'EHPAD Les Ambassadeurs - Nation (FINESS 750033979) qui est inscrit dans la programmation de ces contrôles en 2023.

Cette inspection comprend 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 (articles L.1421-3 du CSP et L.133-2 du CASF).

L'inspection portera notamment sur les thématiques suivantes :

- Gouvernance : la conformité aux conditions d'autorisation, le management, l'animation et le fonctionnement des instances, la gestion de la qualité, la gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- Fonctions support : la gestion des ressources humaines, la gestion d'information, les bâtiments, espace extérieurs et équipement, les sécurités (Locaux, circuits des déchets, ...).
- Prise en charge des résidents : l'organisation de la prise en charge, le respect des droits des personnes, la vie sociale et relationnelle, la vie quotidienne et l'hébergement, les soins.

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 03 90
ledetfrance.ars.santefr

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

Saint Denis, le 08 février 2024

Adina HENEGAR

Médecin- inspecteur de santé publique, Inspection régionale autonomie santé



Sameya LADJADJ

Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordinatrice de la mission ; Inspection régionale autonomie santé,



Sophie PASQUIER

Inspectrice de l'action sanitaire et sociale; Inspection régionale autonomie santé,



Fanny REYNAUD

Chargée de contrôle des ESSMS parisiens



- Relations avec l'extérieur : la coordination avec les autres secteurs.

L'équipe de la mission d'inspection sera constituée de :

La mission est composée de :

- Pour l'ARS
 - o Madame Sameya LADJADJ, inspectrice de l'action sanitaire et sociale¹, coordinatrice de la mission ; Inspection régionale autonomie santé,
 - o Madame Sophie PASQUIER, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale autonomie santé ;
 - o Madame Adina HENEGAR, médecin, désignée en qualité d'inspectrice par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé
- Pour la Ville de Paris
 - o Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, désignée par La Mairie de Paris au titre de l'article L.133-2 du CASF ;
 - o Madame Florence PEKAR, chargée du contrôle des ESMS parisiens.

A l'issue de la mission, un rapport nous sera remis dans un délai de 2 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 CASF, une proposition de mesures adaptées nous sera transmise dans les meilleurs délais.

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

Amélie VERDIER

Agence Régionale de Santé Ile-de-France
La Directrice Générale Adjointe

Sophie MARTINON

Pour la Ville de Paris et par
délégation,
La sous-directrice de l'Autonomie
Direction des Solidarités

Guélie TURAN-PELLETIER

¹ Article L.1421-1 du Code de la santé publique (CSP)

Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis.

Documents remis immédiatement :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Mode de transmission	Transmis O/N
1	Liste nominative des résidents par chambre admis à ce jour avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, et leur GIR, l'origine des résidents et si bénéficiaires de l'aide sociale (si possible format EXCEL et PDF) ;	3 copies papier	Tous les documents ont été transmis
2	Liste nominative des professionnels intervenant au sein de l'EHPAD (titulaires, CDI/CDD, stagiaires, libéraux etc..) avec leur fonction, affectation, présents/absents/poste vacant et date de recrutement (format EXCEL et PDF)	3 copies papier	
3	Un plan des locaux et code d'accès le cas échéant	3 copies papier	
4	Organigramme nominatif de l'EHPAD	3 copies papier	
5	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légende (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	3 copies papier	
6	Les codes du logiciel de soins pour un accès sur site	1	

Documents demandés pour une consultation sur place :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Consultation sur place	Remis
1	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation	Tous les documents ont été mis à disposition
2	Dossiers RH des salariés	Consultation	
3	Registres des délégués du personnel	Consultation	
4	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	
5	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	Consultation	
6	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1 et M) ;	Consultation	
7	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation	
8	Dernier rapport annuel d'activité médicale (RAMA)	Consultation	
9	Supports de transmission, de suivi et de communication en interne	Consultation	

Documents envoyés par Blue files dans le temps demandé par la mission

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°
6	Qualifications, diplôme et contrat de travail du : *directeur de l'EHPAD, *adjoint de direction, *MEDEC, *médecin prescripteur *IDEC	Tous les documents ont été renvoyés sur Bluefiles

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°
7	Fiche de poste et/ou lettre de mission du : *directeur de l'EHPAD, *adjoint de direction, *MEDEC, *médecin prescripteur *IDEC	Tous les documents ont été renvoyés sur Bluefiles
8	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	
9	Subdélégation de l'adjoint de direction	
10	Bulletins de paie de l'ensemble du personnel en fonction à l'EHPAD du mois décembre 2022 et janvier 2023	
11	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (<u>tableau Excel</u> et PDF)	
12	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	
13	Organisation de la permanence/astreinte de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	
14	Calendrier des astreintes depuis le 1 ^{er} janvier 2023	
15	Planning et CR des CODIR EHPAD réalisés depuis le 01/01/2022	
16	-Procédure accueil des nouveaux arrivants professionnels -Livret d'accueil nouvel arrivant professionnel	
17	CR des réunions d'équipes depuis le 01/01/2023	
18	Projet d'établissement en vigueur	
19	Projet de soins en vigueur	
20	Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) en vigueur	
21	Dernier rapport d'évaluation interne	
22	Liste nominative des personnels CDD du 01/02/2023 au 28 février 2023 (9 mois)	
23	Registre unique du personnel	
24	Plannings des équipes de soins jour/nuit des 3 derniers mois (y-compris les temps de transmission) et organisation type des professionnels par unité ou secteur Précision de la légende des sigles utilisés	
25	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies Procès-verbal de consultation des représentants du personnel	
26	Les fiches de tâches heurées des IDE, AS/ASG/AES et ASH de jour et de nuit	
27	Les conventions de stage des élèves stagiaires présentes le jour de la visite d'inspection	
28	CR du CSE du 01/06/2023 au 15/11/2023	
29	Règlement de fonctionnement de l'EHPAD	

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°
30	Procédure des Projet d'accompagnement individualisé (PAI) (création et réactualisation)	Tous les documents ont été renvoyés sur Bluefiles
31	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PAI	
32A	-Procédures et modalités de déclaration des évènement indésirables (EI, EIG, EIAS) au niveau de la structure et aux autorités de contrôle (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016) -Fiche support de déclaration	
32B	Procédure de gestion et suivi des évènements indésirables	
32C	Extraction/copie du registre d'enregistrement, sur les années N, N-1 et N-2, des EI-EIG, EIAS, le plan d'actions correctives mises en œuvre et, le cas échéant, leur déclaration aux autorités de contrôle (ARS-CD)	
32D	CR des RETEX-CREX réalisés depuis le 01/06/2023	
32E	Charte de confiance-non punitive à l'attention des salariés en cas de signalement	
32F	Procédure en lien avec la promotion de la bientraitance	
32G	Procédure de signalement en cas d'agression ; déclaration des signalements effectués auprès des autorités	
33	- Composition du CVS et date d'élection du CVS - CR des réunions des CVS 2022 et 2023	
34	Livret d'accueil des résidents	
35	Règlement de fonctionnement du CVS	
36	Extraction du journal appel malades de J-1 et de la nuit écoulée	
37	Plan Bleu	
38	Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	
39A	Procédure de traçabilité d'administration des médicaments	
39B	Procédure pour les modalités : médicaments écrasés/Liste des médicaments écrasés	
39C	Procédure de délégation de la distribution des médicaments de jour et de nuit	
39D	Protocole spécifique pour l'aide à la prise de traitement par le personnel d'aide à la vie courante	
39E	Livret thérapeutique ou liste des médicaments préférentiels disponibles à l'EHPAD	
39F	Procédures d'administration des médicaments par les résidents autonomes	
39G	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	
39H	CR d'évaluation de la convention signée avec le pharmacien d'officine	

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°
40	Procédure d'élaboration des menus (diététicien, apport calorique/repas, prestataire, ...)	Tous les documents ont été renvoyés sur Bluefiles
41	Tableau anonymisé des poids et résultats d'albuminémie pour tous les résidents	
42	Nombre de résidents ayant un médecin traitant Liste nominative indiquant le médecin traitant de chaque résident	
43	Contrats/conventions avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	
44	Conventions entre l'EHPAD et structures extérieures au titre de la continuité des soins : -Etablissement de santé avec service d'urgences -HAD -Douleur -services de psychiatrie -Equipe mobile gériatrique (EMG) -Réseaux de soins palliatifs.	
45	Rapport de la dernière commission gériatrique annuelle et dates de réunions 2022 et 2023	
46	-Liste détaillée de tous les protocoles de soins -Les protocoles suivant : *préadmission et admission en EHPAD * préadmission et admission en Accueil de jour *accueil en EHPAD et Accueil de jour, *procédure du bilan gériatrique, *chute, *douleur, *pansements, *soins palliatifs, fin de vie, *dénutrition, *fausse-route, *déshydratation *contentions,	
47A	Protocole de gestion des urgences médicales	
47B	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24-7j/7 et professionnels concernés	
48	Procédure d'évaluation et de suivi des plaies et escarres	
49A	Protocole gestion des déchets DASRI	
49B	Convention avec prestataire pour enlèvement et traitement des DASRI du 1.1.23 au 31.10.2023	
50	Récapitulatif des chutes du 01/11/2022 au 16/11/2023	
51	Dernier projet d'animation et programme d'animation du mois de février 2023	

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant	Blue files avec N°
52	Contrats de location ou factures des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours	Tous les documents ont été renvoyés sur Bluefiles
53	Contrat avec les prestataires externes : -bio nettoyage -restauration -blanchisserie -ascenseur -DASRI	
54	Équipement de l'EHPAD en rails, lèves personnes et chariots douches ?	
55	<u>Factures 2023 des consommables</u> -protections contre l'incontinence -produits diététiques enrichis -eaux gélifiées -achats de crèmes prévention des escarres -gants -locations lits médicalisés, lits Alzheimer et -matelas anti-escarres	
56	Tableau de suivi des stocks du 01/5/2023 au 16/11/2022	
57	Le dernier Procès-Verbal de la commission de sécurité contre les risques d'incendie	