

Cabinet du Directeur général - Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale de Paris

Ville de Paris

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Maison
de Retraite et de Gériatrie Rothschild**

80 rue de Picpus

75012 PARIS

N° FINESS 750800534

RAPPORT D'INSPECTION

N° 2024_IDF_00372

Contrôle sur place les 17, 18 et 19 juin 2024

Mission conduite par :

- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection, Inspection Régionale Autonomie Santé (IRAS), ARS IDF ;
- Madame [REDACTED], médecin inspecteur de santé publique, IRAS, ARS IDF ;
- Madame [REDACTED], kinésithérapeute et chargée d'inspection, inspectrice désignée par le Directeur général de l'ARS Île-de-France, IRAS, ARS IDF ;
- Madame [REDACTED], inspectrice de l'action sanitaire et sociale, IRAS, ARS IDF ;
- Madame [REDACTED], pharmacien inspecteur de santé publique, Département Qualité Sécurité Pharmacie Médicament Biologie (DQSPnarMedBio), ARS IDF ;
- Monsieur [REDACTED], pharmacien inspecteur de santé publique, DQSPnarMedBio, ARS IDF ;
- Madame [REDACTED], chargée du contrôle des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, direction des Solidarités, désignée par la Ville de Paris au titre de l'article L.133-2 du CASF ;
- Madame [REDACTED], chargée du contrôle des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, direction des Solidarités, désignée par la Ville de Paris au titre de l'article L.133-2 du CASF ;
- Monsieur [REDACTED], chargé du contrôle des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, direction des Solidarités, désigné par la Ville de Paris au titre de l'article L.133-2 du CASF ;
- Monsieur [REDACTED], responsable de la mission inspection des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, direction des Solidarités, désigné par la Ville de Paris au titre de l'article L.133-2 du CASF ;
- Madame [REDACTED], chargée du contrôle des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, direction des Solidarités, désignée par la Ville de Paris au titre de l'article L.133-2 du CASF ;
- Madame [REDACTED], chargée du contrôle des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, direction des Solidarités, désignée par la Ville de Paris au titre de l'article L.133-2 du CASF.

Accompagnée par :

- Monsieur [REDACTED], chargé de projet inspection/contrôle EHPAD à la délégation départementale de Paris, ARS IDF, désigné personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du code de la santé publique ;
- Madame [REDACTED], chargée de mission au service régional Transports sanitaires, ARS IDF en formation ICARS à l'école des hautes études en Santé Publique (EHESP).

Textes de référence

Articles L.6116-1 à L.6116-3 du Code de la santé publique ; 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 :
- Dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...) ;
- Portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;
- Faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;
- Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique ».
- L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : « lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de disjoindre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions ».

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

Enfin :

- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

SOMMAIRE

1. Gouvernance	13
1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation	13
Le statut juridique de la structure	13
Les conditions d'autorisation	14
Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)	14
Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA)	15
La population accueillie	18
1.2. Management et Stratégie	20
Le règlement de fonctionnement	20
Le règlement de fonctionnement : contenu	21
Le projet d'établissement	23
Le projet d'établissement : contenu	23
Le plan bleu	24
La direction, l'organigramme	24
Les CODIR / COMEX / COPIL	25
Les conflits entre direction et salariés	26
Relations Directeur/Gestionnaire	27
Directeur : contrat et prise de poste	28
Directeur : qualifications	28
Les contraintes administratives et techniques	28
La présence et le remplacement de la direction	29
Les délégations de signatures	30
Les subdélégations du directeur	30
L'IDEC	30
Le MédCo : temps de présence	32
Le MédCo : qualifications	33
Le MédCo : contrat	33
1.3. Animation et fonctionnement des Instances	35
Le conseil de vie sociale (CVS) : organisation	35
Le CVS et les événements indésirables et dysfonctionnements	39
1.4. Gestion de la qualité	39
Les professionnels référents et responsable qualité	39
Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	40
L'évaluation et l'auto-évaluation	40
La politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance	41
Les situations de violence ou harcèlement	42
La déclaration des maltraitances	42
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	42
Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction	42
La procédure de déclaration des événements indésirables (EI)	44
La procédure de gestion des événements indésirables en PECM	45
Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience (RetEx) des EI	47
Déclaration et analyse des chutes	49
Le signalement aux autorités administratives compétentes	52
2. Fonctions support	54
2.1. Gestion des ressources humaines	54
Les effectifs professionnels	54
Les contrats de travail	57
Le taux d'absentéisme	58
Les dossiers administratifs des professionnels	59
Les prestataires externes	61
Le plan de formation des professionnels	61
L'aide à la mobilité/mutation des agents	63
Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels	64
Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission) et questionnement éthique	65
Les plannings des professionnels : confection	65
Les plannings des professionnels : organisation	66
Les expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end	68
Les fiches de poste des professionnels	69

Les glissements de tâches	69
La gestion des absences prévues et imprévues	70
2.2. Gestion d'information	72
Les données statistiques de la structure	72
Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA)	72
Les dossiers administratifs des résidents	72
Le support et le contenu des dossiers médicaux des résidents	74
Le stockage et la sécurisation des dossiers médicaux des résidents	74
2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	78
L'état général du bâtiment	76
Le suivi des réparations	79
Système et/ou salle de rafraîchissement	80
L'accessibilité PMR des locaux	80
Les équipements facilitant le déplacement	80
2.4. Sécurité	81
Les déchets ménagers (DAOM)	81
Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)	81
Les vaccinations des résidents et des professionnels	82
L'aide à la prévention des chutes	82
La prévention des fugues	84
Le système d'appels malades	84
3. Prises en charge	87
3.1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	87
Admission et entrée dans l'EHPAD	87
L'admission dans l'EHPAD	89
L'élaboration et le suivi des projets individuels d'accompagnement (PIA)	94
Les réunions de synthèse	94
Analyse des pratiques, échanges de bonnes pratiques dans le cadre de l'amélioration des prises en charge des résidents	96
Les médecins traitants	97
La complétude des dossiers médicaux	97
Les transmissions inter équipes	99
3.2. Respect des droits des personnes	101
La place des familles	101
La charte des Droits et Libertés des personnes accueillies	102
Les personnes qualifiées départementales	103
La personne de confiance des résidents	103
Les directives anticipées	103
Les contentions	103
L'identification des résidents (identitovigilance)	107
Les mesures de protection juridiques en cas d'incapacité de gestion et protection des biens*	108
Les mesures de protection des biens	108
3.3. Vie sociale et relationnelle	109
L'animation	109
3.4. Vie quotidienne. Hébergement :	112
Les chambres	112
L'alimentation :	112
Les régimes, textures	112
La gestion des fausses routes	112
La prévention de la dénutrition	112
Les mets de substitution	121
Les repas	122
Le suivi de l'état nutritionnel	123
L'aide aux repas, troubles de la déglutition	128
Les toilettes	129
Les changes	129
Le circuit du linge	130
3.5. Soins : L'organisation de la continuité des soins	131
Equipe pluridisciplinaires mobilisées pour la PEC des résidents	131
Organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins	131
La coordination du MédCo, de l'IDEC, du pharmacien	131
3.6. Soins : Les moyens pour la prise en soin	132

Le poste de soins	132
Les équipements du poste de soins	135
La sécurisation du poste de soins	136
Les projets de soins individualisés (PSI)	137
L'organisation du travail des nouveaux professionnels IDE, AS, AES, ... (nouveaux CDI/CDD, vacataires, intérimaires, stagiaires)	138
Les dossiers de liaison d'urgence (DLU)	138
Le chariot d'urgence	139
Le défibrillateur automatique externe (DAE)	140
Prévention, dépistage et protocole de gestion de la douleur	140
Les soins palliatifs	142
Les procédures et protocoles de soins	142
3.7. Soins : Les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins	143
Le traçabilité des soins par les professionnels de l'EHPAD	143
Les pansements	143
Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs	144
3.8. Soins : Le circuit du médicament	145
La procédure du circuit du médicament	145
L'identitovigilance des résidents	145
L'identification des médicaments jusqu'à l'administration	145
Le stock de médicament pour besoins urgents	146
Les stupéfiants	147
Les prescriptions médicales	147
Médicaments : préparation des piluliers	150
La préparation des médicaments (hors piluliers)	150
Les locaux et les conditions de préparation des médicaments au sein de l'EHPAD	150
Le stockage des médicaments (stock individuel, chariot médicaments)	151
Les dates de péremption des médicaments	151
La liste des médicaments écrasables	152
La délégation de l'IDE de l'administration des médicaments	152
Traçabilité de l'administration des médicaments ou des motifs de non administration	153
4. Relations avec l'extérieur	154
4.1. Coordination avec les autres secteurs	154
Convention avec un établissement de santé	154
Convention avec des intervenants libéraux	154
Convention avec l'hospitalisation à domicile (HAD)	155
Convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs	155
Autres conventions	156
5. Récapitulatif des écarts et des remarques	157
5.1. Écarts	157
5.2. Remarques	162
6. Conclusion	167
7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	172
8. Annexes	174
Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle	174
Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH	177
Annexe 3 Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue	183
Annexe 4 : Données utilisées pour l'exploitation des statistiques médicales et de soins	184
Annexe 5 : Focus sur la procédure de déclaration et traitement des évènements indésirables de la MRG Rothschild :	185

SYNTHESE

<u>Données générales sur l'établissement</u>			
Nom	Maison Retraite Gériatrie Rothschild	Capacité hébergement permanent	510
Adresse	80 rue de Picpus	Places habilitées aide sociale	510
Arrondissement	Paris 12 ^{ème}	Présence d'une UVP	Oui (3)
Gestionnaire	Fondation Rothschild	Places en UHR	0
Statut juridique	Privé à but non lucratif	Places en PASA	14
L'établissement est en cours de négociation du CPOM			
<u>Éléments déclencheurs de la mission</u>			
<p>Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC).</p> <p>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 élevée.</p>			
<u>Méthodologie suivie et difficultés rencontrées</u>			
<p>L'inspection a été réalisée en mode inopinée, associant conjointement l'ARS et la Ville de Paris.</p> <p>L'analyse a porté sur les constats faits sur pièce et sur place.</p> <p>Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et a porté sur les thématiques suivantes :</p> <p>GOVERNANCE</p> <ul style="list-style-type: none"> o Conformité aux conditions de l'autorisation ou de la déclaration o Management et Stratégie o Animation et fonctionnement des instances o Gestion de la qualité o Gestion des risques, des crises et des événements indésirables <p>FONCTIONS SUPPORT</p> <ul style="list-style-type: none"> o Gestion des ressources humaines o Gestion d'information o Bâtiments, espaces extérieurs et équipement o Sécurité <p>PRISE EN CHARGE</p> <ul style="list-style-type: none"> o Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie o Respect des droits des personnes o Vie sociale et relationnelle o Vie quotidienne - Hébergement o Soins o Soins : le circuit du médicament <p>RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR</p> <ul style="list-style-type: none"> o Coordination avec les autres secteurs <p>La mission s'est déroulée dans de bonnes conditions avec l'accueil, dès notre arrivée, par la directrice par intérim de l'EHPAD. La mission a eu accès sans difficulté aux documents demandés et a pu mener les entretiens avec l'ensemble des professionnels. Une réunion de restitution a eu lieu à la fin du troisième jour, en présence de la directrice par intérim, du responsable des ressources humaines et du directeur général de la fondation accompagnée de la directrice générale adjointe.</p>			

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Cf conclusion au chapitre 6.

Les écarts et les remarques de ce rapport constituent un appui à la décision de demandes à l'établissement de mesures correctives (injonctions, prescriptions ou recommandations), annexées à la lettre définitive adressée à l'établissement à l'issue d'une phase contradictoire portant sur les mesures envisagées. La mise en œuvre des mesures correctives doit intervenir dans les délais définis par les autorités de contrôle qui assureront un suivi de leur mise en œuvre.

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

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

Les informations connues par l'ARS et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD « Maison de Retraite et de Gériatrie » situé au 80 rue de Picpus PARIS 12, n° FINESS 750800534, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) les 17, 18 et 19 juin 2024, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée)

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

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

- Gouvernance :
 - o Conformité aux conditions de l'autorisation
 - o Management et Stratégie
 - o Animation et fonctionnement des instances
 - o Gestion de la qualité
 - o Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- Fonctions support
 - o Gestion des RH
 - o Gestion d'information
 - o Bâtiments et espaces extérieurs et équipements
 - o Sécurité
- Prises en charge
 - o Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
 - o Respect du droit des personnes
 - o Vie sociale et relationnelle
 - o Vie quotidienne. Hébergement
 - o Soins :
- Relations avec l'extérieur
 - o Coordination avec les autres secteurs

La mission d'inspection a demandé à la direction la remise de documents, consultés sur place ou recueillis selon plusieurs échéances tout au long de la mission et dans les jours qui ont suivi. La liste des documents demandés et le relevé des documents transmis figurent en annexe 2.

La mission a également mené des entretiens avec les membres de la direction et des professionnels de l'établissement ainsi que des résidents ou leurs représentants, des familles et des dames de compagnie. De nombreux entretiens ont été menés à distance les jours suivants la visite sur site. Des retours sur site ponctuels ont été effectués par quelques membres de la mission :

- Des membres de la ville de Paris le 26 juin après-midi et le 28 juin matin pour des entretiens famille,
- La coordonnatrice est revenue sur site le 3 juillet pour l'explication des plannings et des entretiens de familles,
- Le médecin de la mission est revenu le 8 juillet pour une démonstration de la navigation sur le logiciel de soins, et le 25 juillet pour la restitution de l'ordinateur emprunté en vue des accès distants au logiciel de soins.

Les membres de la mission n'ont pas rencontré de difficultés particulières au cours de la visite d'inspection avec le personnel et les représentants de la direction qui ont su se rendre disponibles. Une réunion de restitution a eu lieu à la fin du troisième jour, en présence de la directrice par intérim, du responsable des ressources humaines et du directeur général de la fondation accompagnée de la directrice générale adjointe.

La composition de la mission figure sur la page de garde du rapport et dans la lettre de mission en annexe 1.

Présentation de l'établissement

Situé au 80 rue Picpus, 75012 PARIS, l'EHPAD « Maison de Retraite et de Gériatrie » (MRG) est géré par la fondation Rothschild située sur le même site au 76 rue Picpus, 75012 PARIS. Il s'agit d'un établissement culturel juif mais ouvert aux résidents de toute confession.

Cet établissement d'une capacité de 505 places installées¹ en hébergement permanent et de 14 places de Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) est habilité à l'aide sociale. Il s'agit d'un établissement privé à but non lucratif. Il est au tarif global avec une pharmacie à usage intérieur. Les médecins sont salariés : 8 médecins sur l'organigramme et 2 pharmaciens (1,7 ETP) ainsi que 5 préparateurs en pharmacie (pour la PDA).

L'EHPAD est composé de 3 pôles médicaux, mais le site est composé de 6 bâtiments.

-**Bâtiment Alix** pour les fonctions administratives support : Direction de l'EHPAD, RH, Admission, facturation et siège de la fondation.

-Le forum qui est un vaste espace d'animation collective, avec estrade, cafétéria, qui donne accès aux terrasses et jardins et qui permet de relier tous les bâtiments entre eux.

-**Bâtiment Rina**= 95 places EHPAD réparties sur 4 étages de 23 à 24 lits chacun (1^{er} étage à 23 chambres et étages suivants à 24 chambres). Les résidents plus autonomes sont à Rina.

-**Bâtiment Ditza** : ce bâtiment propose 3 unités de vie protégées aux étages 4, 5 et 6 pour un total de 61 places. Ditza accueille un service de soins médicaux et réadaptation (SMR) de 60 places aux étages 1, 2 et 3. En interne, ce service est appelé USS (unité de soins de suite).

Rina-Ditza constitue un pôle (1 MedCo et 2 médecins cliniciens dont 1 remplaçant, 2 cadres de soins)

-**Bâtiment Guila**= 160 places sur 5 étages de 32 places. Le bâtiment GUILA constitue un pôle avec 1 MedCo, 1 médecin clinicien et 2 cadres de soins. Le RDC de Guila abrite la grande salle à manger, laquelle jouxte la synagogue.

-**Bâtiment Malka**= 189 places (5 étages de 39 places sauf le 5^e à 33 places). Il s'agit du bâtiment qui accueille les résidents les plus dépendants. Le PASA est au RDC de Malka ainsi que la grande salle de rééducation. Malka est le troisième pôle avec 1 MedCo, 2 médecins cliniciens et 2 cadres de soins.

¹ Sur la base de la liste des résidents transmis par l'établissement, dans lequel figurent les numéros de chambres.

L'EHPAD comprend, outre la pharmacie à usage intérieur (PUI), une quinzaine de postes de soins au total.

Photo 1 : Plan de masse avec les 6 bâtiments du site Picpus

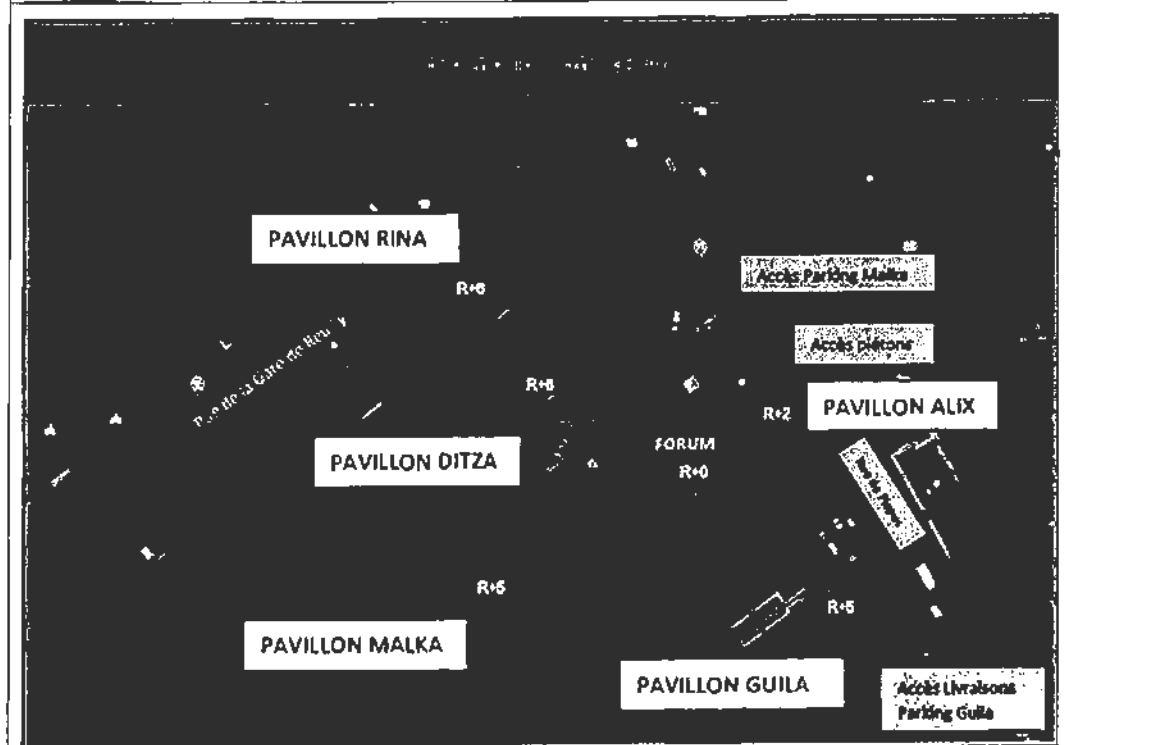
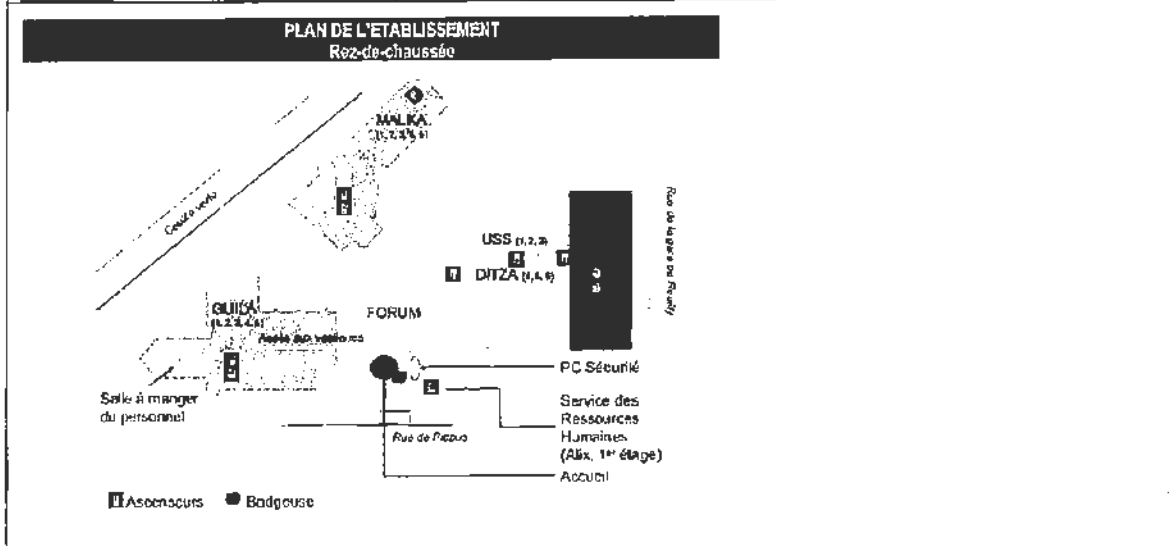


Photo 2 : Schéma de présentation du site (source établissement)



L'autorisation de l'EHPAD MRG de la Fondation de Rothschild a été délivrée par arrêté préfectoral en date du 29 décembre 2003 pour une capacité autorisée en hébergement permanent de 510 places.

Sur le même site, un service de soins médicaux et réadaptation (SMR) d'une capacité de 60 places est installé au 1^{er}, 2^d et 3^e étage du bâtiment Ditza.

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

Par arrêté conjoint DGARS et Président de la Ville de Paris daté du 15 janvier 2013, l'établissement est autorisé à créer un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) de 14 places pour accueillir et prendre en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Il dispose aussi de 3 unités de vie protégée (UVP).

Selon les données issues du tableau de bord de la performance (campagne 2023 sur données 2022), le GMP de l'établissement s'élève à 713, et le PMP à 288. A titre de comparaison, le GMP et le PMP validés médian en Ile-de-France s'élèvent respectivement à 757 et 288².

Selon le procès-verbal de validation AGGIR et PATHOS du 8 février 2024 pour PATHOS et du 09 avril 2024 pour AGGIR, le GMP s'élève à 753 et le PMP à 293³ sur un effectif de 460 résidents. Aussi, les données de l'EHPAD ne présentent pas de différences significatives avec les chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés.

Les 440 résidents accueillis en 2022 étaient répartis plus précisément comme suit (source TBB 2023 sur données 2022) :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD N, 2022	10,45 %	45,68 %	17,5 %	21,36 %	5 %
IDF ⁴ 2022	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Des négociations CPOM sont en cours pour la Fondation Rothschild. Le CPOM couvrira la période 2025-2029.

Enfin, l'EHPAD participe au dispositif d'hébergement temporaire à la sortie d'hospitalisation (HTSH).

² Tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2023 sur les données de 2022).

³ 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 726 et le PMP 216.

⁴ Médiane des GIR d'Ile-de-France issue du tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2022 sur les données de 2021)

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	EHPAD Maison de Retraite et de Gériatrie		
Nom de l'organisme gestionnaire	Fondation de Rothschild		
Numéro FINESS géographique	750800534		
Numéro FINESS juridique	750710428		
Statut juridique	Privé non lucratif		
Option tarifaire	Tarif global		
PUI	oui		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ⁵
	HP	510	505
	HT		
	PASA	14	14
	UHR		
Nombre de places habilitées à l'aide sociale			

	Année 2014	Année 2016	Année 2024
PMP Validé	288		293
GMP Validé		757	753

Constats

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

⁵ Au jour du contrôle sur place



1. Gouvernance

1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.1	1.1.1	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Le statut juridique de la structure</u>	<p>L'EHPAD Maison de Retraite et de Gériatrie (MRG) est géré par la fondation de Rothschild. Il s'agit d'un établissement privé à but non lucratif. La convention collective 51 s'applique pour la gestion du personnel. Le projet associatif de la fondation a été mis à jour en aout 2022.</p> <p>Un changement de gouvernance est à signaler avec l'arrivée d'un nouveau directeur général de la Fondation depuis juillet 2023. Le directeur général et les services de la direction générale sont hébergés dans les mêmes locaux que ceux de l'EHPAD. L'EHPAD MRG Rothschild est également en cours de restructuration au niveau de sa gouvernance. Le jour de la mission, le directeur dont la prise de poste est effective depuis [REDACTED], et une direction par intérim portée par la directrice adjointe en charge des finances a été officiellement entérinée. Il a été indiqué à la mission que la directrice par intérim [REDACTED]</p> <p>Une restructuration de la fonction Gestion des ressources humaines entre les services du siège et ceux de l'établissement a été menée avec le recrutement d'un responsable des ressources humaines à la MRG en poste depuis avril 2024.</p> <p>Les locaux de l'EHPAD MRG abritent une unité de moyen séjour, appelée USS au sein de l'établissement (unité de soins de suite), localisée aux étages 1, 2 et 3 du bâtiment Ditzza.</p> <p>Des mutualisations ont lieu avec l'USS, dont la direction partagée. Il est en projet de rattacher l'USS (60 lits) à un deuxième établissement de la fondation basé à Chantilly et spécialisé en service de médecine et de réadaptation.</p> <p>Il ressort des entretiens et des écrits de l'établissement (projet d'établissement, RAMA) que des réaménagements dans les conditions de prise en charge des résidents ont récemment été effectués. Il s'agit du déménagement des unités de vie protégée du bâtiment Malka vers Ditzza et de la fermeture du PASA en période COVID en 2022 et 2023.</p> <p>La MRG a également été contrainte de fermer un étage du pôle Malka (Malka 3) en raison des difficultés de recrutement d'infirmiers. Cet étage a été réouvert au mois de septembre 2023, après un an de fermeture.</p> <p>Le jour de la visite, le PASA fonctionnait. La mission note que la fermeture et la réouverture du PASA, n'ont pas fait l'objet d'informations écrites aux autorités de contrôle (ARS et Ville de Paris).</p> <p>Écart 1 : L'absence d'information auprès des autorités de tutelle des périodes de fermeture en 2022 et 2023 et de la réouverture du PASA contrevient aux dispositions de l'article L 313-1 du CASF.</p>

MIGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.1	1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Les conditions d'autorisation</u>	<p>L'EHPAD est autorisé pour 510 places d'hébergement permanent, mais seules 507 places sont installées⁶. Le différentiel entre l'autorisé et l'installé est certes symbolique si on rapporte les 3 places manquantes à la capacité totale de l'établissement, mais selon les entretiens avec la direction, il est prévu la mise en conformité des autorisations par la réhabilitation et la transformation des deux étages supérieurs du bâtiment Rina (5^e et 6^e étage) jusqu'à présent dévolus aux logements de fonction, en supprimant le logement de fonction des directeurs précédents.</p> <p>L'EHPAD dispose par ailleurs d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) d'une capacité de 14 places destinées à l'accueil durant la journée des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre maladie neurodégénérative.</p> <p>Un projet de demande d'autorisation pour la création d'une UHR est en cours, avec des locaux qui seraient positionnés au 5^e étage du bâtiment Malka.</p> <p>L'EHPAD MRG de Rothschild, selon la liste des résidents transmise dès le 1^{er} jour d'inspection accueillait 483 résidents, ce qui représente un taux d'occupation de près de 95%. D'autre part, selon le Rapport Annuel Médical (RAMA), en 2023, l'EHPAD a accueilli un total de 471 résidents (soit un taux d'occupation de 92%) dont 224 admis dans l'année, parmi lesquels figurent 26 patients accueillis dans le cadre du dispositif d'Hébergement Temporaire Sortie d'Hospitalisation (HTSH) pour lequel l'EHPAD dispose d'une convention avec l'ARS pour 10 lits, ramenés à 8 lits depuis le 1^{er} mars 2024. Ce dispositif est destiné à fluidifier les filières hospitalières.</p> <p>En considérant uniquement les résidents en hébergement permanent sur un nombre de places réduit de 10 places réservées au dispositif HTSH, les taux d'occupation sont ainsi de plus de 95% le jour de l'inspection et de 89% sur l'année 2023.</p> <p>Pendant le COVID, un étage de Malka (39 lits) a été fermé pendant 1 an, ce qui a impacté les recettes de l'établissement.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 1 : Il existe un léger différentiel entre le nombre de places autorisées et celles installées que le gestionnaire a prévu de régulariser dans le cadre des réaménagements des logements de fonction. Si le gestionnaire envisage la création d'une UHR, la question de l'opportunité de la création d'un deuxième PASA mérite d'être posée au regard de la taille de l'établissement, de son taux d'occupation, des compétences professionnelles disponibles, des besoins du territoire et des caractéristiques des résidents accueillis.</p> </div>
1.1	1.1.3	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)</u>	<p>Des négociations CPOM sont en cours pour la Fondation de Rothschild. Le CPOM couvrira la période 2025-2029.</p> <p>L'établissement a transmis un autodiagnostic en date du 15 avril 2024 ainsi que le socle du CPOM et les annexes concernant le périmètre, la base de financement et les objectifs de la Fondation de Rothschild, le 4 septembre 2024.</p> <p>La signature du CPOM est prévue en fin d'année pour une effectivité au 1^{er} janvier 2025.</p>

⁶ Selon entretien direction. Toutefois, selon la répartition des lits issue de la liste des résidents, le nombre de lits installés est de 505.

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.1	1.1.4	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA)</u>	<p>Le PASA est situé au niveau du rez-de-chaussée du bâtiment Malka. Il s'agit d'un grand espace lumineux comportant plusieurs salles d'activités, qui s'ouvre par ailleurs sur un jardin thérapeutique (Figure 1). Sa capacité actuelle est de 14 places, ce qui est conforme à la capacité autorisée. Il est ouvert depuis décembre 2012 du lundi au vendredi de 10h à 16h30. Il convient de préciser que le PASA a été fermé à partir du premier mois de la pandémie COVID, et il a rouvert ses portes le 22 novembre 2023.</p> <p>Ses locaux comportent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une salle d'accueil disposant d'une table pour 8 à 9 résidents, ainsi que plusieurs chaises disposées le long de ses murs. - Un espace cuisine (Figure 2), communicant avec la salle d'accueil, et permettant le déroulement des ateliers de cuisine, animés chaque mercredi par un art-thérapeute. - Une salle d'activités, communicant avec la salle d'accueil, constitue le lieu de déroulement des ateliers de type mémoire animés par une ASG. - Une salle d'art-thérapie, communicant avec la salle d'accueil, forme un espace au sein duquel ont lieu des ateliers d'art-thérapie de type art plastique animés par la psychomotricienne.
				
			Photo 3 : Jardin thérapeutique PASA	Photo 4 : Cuisine thérapeutique PASA

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires																
				<p>Le PASA fait l'objet d'un développement spécifique au sein du projet d'établissement dans le chapitre 4.4.3 relatif aux projets de prise en soins spécifiques. Néanmoins ce développement n'est soit pas connu des équipes, soit pas considéré comme projet de service puisque selon les entretiens hors direction, il a été rapporté l'absence d'élaboration de projet spécifique au PASA. Les données d'activité du PASA sont retranscrites dans les rapports du directeur dans l'item prise en charge spécifique.</p> <p>Le PASA a pour vocation d'accueillir, pendant la journée et sur prescription médicale, des habitants de la MRC souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement légers à modérés. Selon le projet d'établissement, des documents ont été formalisés en février 2015 pour l'organisation de soins au PASA, le dossier de pré-admission et d'admission au PASA, le formulaire d'inscription et le formulaire de sortie. Ces documents n'ont pas été portés à la connaissance de la mission.</p> <p>Selon les entretiens, le recrutement des résidents y étant pris en charge, se réalise à partir des trois pôles de prise en soins. Les places disponibles chaque mois au PASA sont annoncées au moyen d'un courriel envoyé par l'ASG aux professionnels responsables des trois pôles de l'IEHPAD Rothschild. Lorsque des places y sont disponibles, les soignants, notamment les médecins gériatres, proposent des résidents pour une prise en charge au sein du PASA. Un « dossier d'admission en PASA » renseigné pour chacun d'entre eux devrait normalement être transmis au médecin responsable du PASA. Une évaluation neurocognitive des résidents proposés précède la constitution de ce dossier, et est réalisée au moyen de deux échelles : MMSE et NPI-ES.</p> <p>La composition de l'équipe pluridisciplinaire du PASA telle qu'elle est décrite dans le projet d'établissement est à mettre en regard des temps dédiés le jour de la visite d'inspection :</p> <table border="1" data-bbox="837 735 1917 1249"> <thead> <tr> <th data-bbox="837 735 1375 778">Composition équipe PASA dans le PE</th> <th data-bbox="1375 735 1917 778">Fonctionnement le jour de l'inspection</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="837 778 1375 815">0,10 ETP médecin responsable du PASA</td> <td data-bbox="1375 778 1917 815">Médecin référent DITZA</td> </tr> <tr> <td data-bbox="837 815 1375 852">0,10 ETP cadre de santé</td> <td data-bbox="1375 815 1917 852">Cadre référente de DITZA</td> </tr> <tr> <td data-bbox="837 852 1375 954">2 ETP ASG</td> <td data-bbox="1375 852 1917 954">Une ASG assurant deux vacations et demie (i.e. atelier mémoire, atelier créatif, travaux manuels et créatifs / atelier manucure)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="837 954 1375 1018">psychologue</td> <td data-bbox="1375 954 1917 1018">Une psychologue assurant une vacation (i.e. atelier de stimulation cognitive)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="837 1018 1375 1086">Ergothérapeute (groupe modéré/ groupe sévère)</td> <td data-bbox="1375 1018 1917 1086">Un ergothérapeute assurant une vacation (i.e. atelier mosaïque)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="837 1086 1375 1182">Psychomotricien (coordonnateur activités du PASA)</td> <td data-bbox="1375 1086 1917 1182">Deux psychomotriciennes assurant ensemble trois vacations (i.e. atelier arts plastiques, ateliers jeux de table, atelier gym douce)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="837 1182 1375 1249"></td> <td data-bbox="1375 1182 1917 1249">Un art-thérapeute assurant une vacation (i.e. cuisine thérapeutique). Cette personne a démissionné en juillet</td> </tr> </tbody> </table>	Composition équipe PASA dans le PE	Fonctionnement le jour de l'inspection	0,10 ETP médecin responsable du PASA	Médecin référent DITZA	0,10 ETP cadre de santé	Cadre référente de DITZA	2 ETP ASG	Une ASG assurant deux vacations et demie (i.e. atelier mémoire, atelier créatif, travaux manuels et créatifs / atelier manucure)	psychologue	Une psychologue assurant une vacation (i.e. atelier de stimulation cognitive)	Ergothérapeute (groupe modéré/ groupe sévère)	Un ergothérapeute assurant une vacation (i.e. atelier mosaïque)	Psychomotricien (coordonnateur activités du PASA)	Deux psychomotriciennes assurant ensemble trois vacations (i.e. atelier arts plastiques, ateliers jeux de table, atelier gym douce)		Un art-thérapeute assurant une vacation (i.e. cuisine thérapeutique). Cette personne a démissionné en juillet
Composition équipe PASA dans le PE	Fonctionnement le jour de l'inspection																			
0,10 ETP médecin responsable du PASA	Médecin référent DITZA																			
0,10 ETP cadre de santé	Cadre référente de DITZA																			
2 ETP ASG	Une ASG assurant deux vacations et demie (i.e. atelier mémoire, atelier créatif, travaux manuels et créatifs / atelier manucure)																			
psychologue	Une psychologue assurant une vacation (i.e. atelier de stimulation cognitive)																			
Ergothérapeute (groupe modéré/ groupe sévère)	Un ergothérapeute assurant une vacation (i.e. atelier mosaïque)																			
Psychomotricien (coordonnateur activités du PASA)	Deux psychomotriciennes assurant ensemble trois vacations (i.e. atelier arts plastiques, ateliers jeux de table, atelier gym douce)																			
	Un art-thérapeute assurant une vacation (i.e. cuisine thérapeutique). Cette personne a démissionné en juillet																			

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires						
				<table border="1" data-bbox="826 245 1912 443"> <tr> <td data-bbox="826 245 1368 304"></td> <td data-bbox="1368 245 1912 304">2024. Un deuxième art-thérapeute était en congé maternité au moment de l'inspection sur site.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="826 304 1368 373"></td> <td data-bbox="1368 304 1912 373">Un rééducateur APA assurant une vacation (i.e. atelier gym douce)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="826 373 1368 443"></td> <td data-bbox="1368 373 1912 443">Deux kinésithérapeutes assurant ensemble une demi-vacation (i.e. atelier stimulation motrice).</td> </tr> </table> <p data-bbox="786 491 2089 571">Le nombre de vacations s'élève à 10 au total, ce qui représente 10 demi-journées et donc correspond à 2 ateliers par jour sur 5 jours, ce qui est conforme au projet. Selon le PE, 2 ateliers sont organisés chaque jour, un le matin et un l'après-midi, par les ASG, les rééducateurs et la psychologue. Un repas thérapeutique a lieu tous les jours.</p> <p data-bbox="786 624 2089 735">Selon le rapport du directeur accompagnant l'ERRD 2023, la file active du PASA est de 24 résidents répartis en 3 groupes divisés en 2 niveaux selon l'évaluation neuro cognitive. Le groupe dont les troubles cognitifs sont plus sévères participent une fois par semaine, les deux autres groupes participent deux fois par semaine. Une importante liste d'attente est signalée. Le suivi de l'évolution des résidents et de l'atteinte des objectifs s'opère lors de réunions mensuelles : une réunion de coordination et une réunion avec chacun des pôles référents, Rina, Guila et Malka.</p> <p data-bbox="786 746 2089 799">Les constats lors de la visite sur site corroborent l'organisation décrite dans le rapport du directeur. La population accueillie est constituée de vingt-et-un résidents de l'EHPAD Rothschild, qui composent trois groupes de taille égale, à savoir :</p> <ul data-bbox="826 810 1413 911" style="list-style-type: none"> - Le groupe « Le Cygne » présent les mardis et les vendredis ; - Le groupe « L'Aigle » présent les lundis et les jeudis ; - Le groupe « La Colombe » présent les mercredis. <p data-bbox="786 927 2089 979">Les résidents sont répartis en groupes notamment à partir des résultats de leur évaluation neurocognitive. Ainsi, le groupe La Colombe regroupe les résidents ayant les fonctions cognitives le plus sévèrement atteintes, mais qui peuvent encore participer à des activités en groupe.</p> <p data-bbox="786 991 2089 1023">Une réévaluation du degré de dépendance ou des fonctions neurocognitives des résidents pris en charge au PASA n'est pas actuellement prévue.</p> <p data-bbox="786 1034 2089 1086">La durée de leur prise en charge au sein du PASA n'a pas encore été établie. Les résidents qui y participent, sont suivis jusqu'à leur décès. Le projet d'établissement indique que la fin de prise en soins au PASA se fait pour les motifs suivants :</p> <ul data-bbox="826 1098 1267 1198" style="list-style-type: none"> - Perte d'autonomie motrice ; - Aggravation des troubles du comportement ; - Refus de participer aux activités du PASA. 		2024. Un deuxième art-thérapeute était en congé maternité au moment de l'inspection sur site.		Un rééducateur APA assurant une vacation (i.e. atelier gym douce)		Deux kinésithérapeutes assurant ensemble une demi-vacation (i.e. atelier stimulation motrice).
	2024. Un deuxième art-thérapeute était en congé maternité au moment de l'inspection sur site.									
	Un rééducateur APA assurant une vacation (i.e. atelier gym douce)									
	Deux kinésithérapeutes assurant ensemble une demi-vacation (i.e. atelier stimulation motrice).									

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires															
1.1	1.1.5	Conformité aux conditions d'autorisation	La population accueillie	<p>D'après les entretiens menés, l'établissement accueillait 483 à 484 résidents, le jour de l'inspection.</p> <p>Au regard du tableau transmis (base du 31 mai 2024), 479 résidents sont comptabilisés, soit un taux d'occupation d'environ 94 % et comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 456 personnes en hébergement permanent, • 6 en « hébergement temporaire COVID », • 7 sont accueillis dans le cadre du dispositif HTSH (Hébergement Temporaire en Sortie d'Hospitalisation), • 10 résidents sont absents, 9 sont hospitalisés et une personne est partie pour un congé. <p>Le tableau précise la mention de « garde de chambre ». Il s'agit de chambres ayant fait l'objet d'une réservation, elles sont au nombre de 2.</p> <p>L'établissement est entièrement habilité à l'aide sociale légale à hébergement. 178 personnes sont bénéficiaires de ce financement, soit 37% contre 61% à titre payant (294 résidents sont concernés).</p> <p>La provenance des demandes est détaillée ci-dessous :</p> <table border="1" data-bbox="996 662 1877 885"> <thead> <tr> <th>Adressé par son médecin traitant</th> <th>De psychiatrie</th> <th>D'une structure d'hébergement médico-sociale</th> <th>D'une unité de soins</th> <th>Non identifiée</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>16</td> <td>21</td> <td>288</td> <td>149</td> </tr> <tr> <td>1,04%</td> <td>3,34%</td> <td>4,38%</td> <td>60,13%</td> <td>31,11%</td> </tr> </tbody> </table> <p>La majeure partie des demandes émanent d'un établissement de soins.</p> <p>La tranche d'âge oscille entre 54 ans et 104 ans, soit un âge moyen de 88 ans et un âge médian de 90 ans. 4 résidents sont âgés de moins de 60 ans, dont, 2 orientés par la filière psychiatrique.</p> <p>Le tableau transmis ne permet pas d'identifier la répartition femmes/homme. Toutefois, selon le <i>fichier d'évaluation de la dépendance</i>, utilisé pour les données statistiques (Cf annexe 4), il y a 327 femmes sur les 473 résidents compris dans ce fichier. La répartition par pôle de prise en soins est réalisée sur la base de ce fichier.</p> <p>Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS validé en février 2024, le GMP de l'établissement s'élève à 753 et le PMP à 293. A titre de comparaison, le GMP et le PMP validés médian en Ile-de-France s'élèvent respectivement à 757 et 288⁷.</p>	Adressé par son médecin traitant	De psychiatrie	D'une structure d'hébergement médico-sociale	D'une unité de soins	Non identifiée	5	16	21	288	149	1,04%	3,34%	4,38%	60,13%	31,11%
Adressé par son médecin traitant	De psychiatrie	D'une structure d'hébergement médico-sociale	D'une unité de soins	Non identifiée															
5	16	21	288	149															
1,04%	3,34%	4,38%	60,13%	31,11%															

⁷ Tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2023 sur les données de 2022).

N°GAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires																											
				<p>79,54 % des personnes hébergées sont classées dans les GIR 1 à 3 et 59,71 % sont classées entre les GIR 1 à 2. Les proportions sont conformes aux dispositions de l'article D313-15 du CASF.</p> <p>Voici la répartition détaillée des résidents selon leur GIR :</p> <table border="1" data-bbox="828 391 2004 582"> <thead> <tr> <th>Dépendance</th> <th>GIR 1</th> <th>GIR 2</th> <th>GIR 3</th> <th>GIR 4</th> <th>GIR 5 et 6</th> <th>GIR non évalué</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">EHPAD</td> <td>70</td> <td>216</td> <td>95</td> <td>78</td> <td>19</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>14,61%</td> <td>45,09%</td> <td>19,83%</td> <td>16,29%</td> <td>3,97%</td> <td>0,21%</td> </tr> <tr> <td>IDF*</td> <td>10,45%</td> <td>45,68%</td> <td>17,50%</td> <td>21,36%</td> <td>5</td> <td>//</td> </tr> </tbody> </table> <p>Le GIR non évalué concerne un résident arrivé en avril 2024.</p> <p>La population accueillie présente des besoins d'accompagnement important. Selon le rapport d'activité 2022, 70% des résidents sont atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et 13% présentent des troubles psychiatriques. Le pôle Malka accueille des résidents très dépendants et poly pathologiques, le pôle Guila, des résidents également dépendants et présentant des troubles psychiatriques. Le pôle Ditz, quant à lui, comprend 3 unités de vie adaptée. Enfin, le secteur Rina accueille une population décrite comme hétérogène dont des personnes autonomes. Le tableau des « GIRages » par pôle permet d'objectiver le niveau de dépendance moyen selon les pôles. Il convient de noter que le bâtiment accueillant les unités de vie protégées est celui qui accueille les résidents les plus dépendants avec 57 résidents sur 61 qui se situent en GIR 1 et 2. Ensuite, les deux pôles qui accompagnent les résidents les plus dépendants sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le pôle Malka avec 66,5% de ses résidents ayant un GIR égal à 1 et 2 ; - Le pôle Guila avec 63,8% de ses résidents ayant un GIR égal à 1 et 2. <p>En ce qui concerne le nombre de résidents sous protection juridique, celui-ci est égal à cent cinquante-quatre résidents soit 32,6% au niveau de l'EHPAD Rothschild, le pôle Guila accompagnant cinquante-six résidents soit 37,6% au niveau de ce pôle de soins.</p>	Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6	GIR non évalué	EHPAD	70	216	95	78	19	1	14,61%	45,09%	19,83%	16,29%	3,97%	0,21%	IDF*	10,45%	45,68%	17,50%	21,36%	5	//
Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6	GIR non évalué																									
EHPAD	70	216	95	78	19	1																									
	14,61%	45,09%	19,83%	16,29%	3,97%	0,21%																									
IDF*	10,45%	45,68%	17,50%	21,36%	5	//																									

* Médiane Ile-de-France issue du tableau de bord de la performance (campagne 2023 sur les données 2022)

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																																																														
				<p>Tableau 1. Caractéristiques de la population accueillie par pôle sur la base du fichier d'évaluation de la dépendance transmis par la direction :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DITZA</th> <th>RINA*</th> <th>GUILA</th> <th>MALKA</th> <th>EHPAD*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nombre résidents</td> <td>61</td> <td>90</td> <td>149</td> <td>173</td> <td>472</td> </tr> <tr> <td>Âge médian (étendue)</td> <td>85 (63 - 97)</td> <td>89 (58 - 102)</td> <td>88 (57 - 104)</td> <td>89 (54 - 102)</td> <td>88 (54 - 104)</td> </tr> <tr> <td>Âge moyen (ans)</td> <td>84,5</td> <td>86,7</td> <td>87,1</td> <td>87,8</td> <td>86,9</td> </tr> <tr> <td>Nombre résidents GIR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>29</td> <td>37</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>55</td> <td>15</td> <td>66</td> <td>78</td> <td>214</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>37</td> <td>29</td> <td>25</td> <td>93</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>2</td> <td>29</td> <td>21</td> <td>26</td> <td>78</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>0</td> <td>6</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>GMP</td> <td>825,6</td> <td>592,1</td> <td>758,7</td> <td>759,1</td> <td>736,1</td> </tr> <tr> <td>Nombre résidents sous protection juridique</td> <td>30</td> <td>30</td> <td>56</td> <td>38</td> <td>154</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Note: Un résident admis récemment sur le pôle Rina n'avait pas le GIR évalué.</p>		DITZA	RINA*	GUILA	MALKA	EHPAD*	Nombre résidents	61	90	149	173	472	Âge médian (étendue)	85 (63 - 97)	89 (58 - 102)	88 (57 - 104)	89 (54 - 102)	88 (54 - 104)	Âge moyen (ans)	84,5	86,7	87,1	87,8	86,9	Nombre résidents GIR						1	2	2	29	37	70	2	55	15	66	78	214	3	2	37	29	25	93	4	2	29	21	26	78	5	0	6	2	5	13	6	0	0	2	2	4	GMP	825,6	592,1	758,7	759,1	736,1	Nombre résidents sous protection juridique	30	30	56	38	154
	DITZA	RINA*	GUILA	MALKA	EHPAD*																																																																													
Nombre résidents	61	90	149	173	472																																																																													
Âge médian (étendue)	85 (63 - 97)	89 (58 - 102)	88 (57 - 104)	89 (54 - 102)	88 (54 - 104)																																																																													
Âge moyen (ans)	84,5	86,7	87,1	87,8	86,9																																																																													
Nombre résidents GIR																																																																																		
1	2	2	29	37	70																																																																													
2	55	15	66	78	214																																																																													
3	2	37	29	25	93																																																																													
4	2	29	21	26	78																																																																													
5	0	6	2	5	13																																																																													
6	0	0	2	2	4																																																																													
GMP	825,6	592,1	758,7	759,1	736,1																																																																													
Nombre résidents sous protection juridique	30	30	56	38	154																																																																													

1.2. Management et Stratégie

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2	1.2.1	Management et Stratégie	Le règlement de fonctionnement	<p>Le règlement de fonctionnement :</p> <p>L'établissement s'est doté d'un règlement de fonctionnement. Celui-ci est daté du 5 juin 2018 et comporte 16 pages. Il s'adresse aux personnes accueillies, aux salariés et à toutes personnes présentes dans l'établissement.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Il est prévu que sa révision soit réalisée en fonction de l'évolution de son contenu ou au plus tard au bout de 5 ans, soit en 2023. Celui-ci n'a pas été révisé et est donc obsolète puisque la version de 2018 est toujours en vigueur.</p> <p>Son objet est précisé en préambule : « Il définit les règles générales et permanentes d'organisation et de fonctionnement de l'établissement dans le respect des droits et des libertés de chacun. Il précise les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement. »</p> <p>Le règlement de fonctionnement est obsolète : Cf écart infra n°2.</p>
1.2	1.2.2	Management et Stratégie	<u>Le règlement de fonctionnement : contenu</u>	<p>Son contenu :</p> <p>Le règlement de fonctionnement aborde les points suivants fixés dans son sommaire :</p> <p>I – Garantie des droits des usagers</p> <p>1.1 Projet d'établissement</p> <p>1.2 Droits et libertés</p> <p>1.3 Dossier du résident</p> <p>1.4 Relations avec les familles et les proches</p> <p>1.5 Promotion de la bientraitance et prévention de la violence et de la maltraitance</p> <p>1.6 Traitement des réclamations</p> <p>II – Fonctionnement de l'établissement</p> <p>2.1 Régime juridique de l'établissement</p> <p>2.2 Personnes accueillies</p> <p>2.3 Admissions</p> <p>2.4 Conditions de participation financière et de facturation</p> <p>2.5 En cas d'interruption de la prise en charge</p> <p>2.6 Sécurité des biens et des personnes, responsabilités et assurances</p> <p>2.7 Situations exceptionnelles</p> <p>III – Règles de vie collective</p> <p>3.1 Règles de conduite</p> <p>3.2 Organisation des espaces privatifs et des espaces collectifs</p> <p>3.3 Accompagnement des résidents</p> <p>3.4 Repas</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
			3.5 Activités de loisirs 3.6 Prise en charge médicale 3.7 Prise en charge spécifique 3.8 Le linge et son entretien 3.9 Pratique religieuse 3.10 Courrier 3.11 Téléphone 3.12 Transports 3.13 Animaux 3.14 Autres prestations 3.15 Fin de vie 3.16 Décès 3.17 Biens de la personne décédée	<p>Le contenu s'étale de la page 4 à 14, soit sur onze pages. Beaucoup de points sont succincts.</p> <p>Le règlement de fonctionnement reprend les valeurs sur lesquelles s'appuie la prise en charge. Elles peuvent être synthétisées de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge et accompagnement individualisé de qualité favorisant l'autonomie et adapté à l'âge et aux besoins, - Confidentialité des informations, - Accès aux informations concernant le résident, - Information sur ses droits, les protections légales et contractuelles et les voies de recours, - Participation directe ou indirecte à son projet d'accueil personnalisé. <p>Celui-ci n'aborde pas les faits de violence sur autrui, les temps de réunion et d'échange ainsi que l'accueil des nouveaux professionnels et les mesures d'urgence.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Écart 2 : Le règlement de fonctionnement n'a pas été révisé au bout des 5 ans tels que prévu dans les conditions de sa révision et par l'art R311-33 du CASF. En outre, son contenu ne reprend pas l'ensemble des points prévus par la réglementation, en particulier les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles, et il ne rappelle pas que les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires, ce qui contrevient aux articles R311-35 et 37 du CASF.</p>
1.2	1.2.3	Management et Stratégie	Le projet d'établissement	<p>Il existe un projet d'établissement formalisé en 2022 et qui court jusqu'en 2027.</p> <p>Il est indiqué que ce dernier sera présenté en conseil de vie sociale (CVS), sans préciser si cela a été fait. Il est précisé que certains membres du CVS ont participé à des groupes de travail proposés dans le cadre de la rédaction du projet d'établissement.</p> <p>Il comprend un volet relatif aux soins (projet médical et projet de soins). Celui-ci a été élaboré par le comité de coordination des soins composé de la coordinatrice des soins, les cadres de santé et les médecins coordonnateurs responsables de pôle en priorisant des objectifs.</p>
1.2	1.2.4	Management et Stratégie	Le projet d'établissement : contenu	<p>Le projet d'établissement comprend les volets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La présentation de l'établissement : historique, projet et valeurs de la fondation Rothschild (organisme gestionnaire) et histoire et valeurs de la Maison de Retraite et de Gériatrie (MRG) - Une présentation des enjeux et des missions de l'établissement - Une présentation du public accueilli - Le management de l'EHPAD présenté en détail sous la forme d'un organigramme et présentant l'organisation du travail au sein de la MRG - La nature de l'offre de service et l'organisation inhérente à cette dernière - Le projet général de soins intégré dans le projet d'établissement et élaboré par l'équipe soignante. Celui-ci inclut la prise en charge médicamenteuse. - Un projet d'animation détaillant les acteurs de ce projet ainsi que l'organisation de l'animation au sein de l'établissement <p>La prise en charge médicamenteuse (PECM) intégrée dans le projet d'établissement prévoit diverses actions, notamment le renforcement du contrôle des chariots d'urgence, la diminution du nombre de dotations pour besoins urgents et l'achat de tablettes pour assurer la traçabilité de l'administration des médicaments malgré une connexion wifi reconnue comme problématique.</p> <p>Le projet d'établissement ne mentionne pas de projet de mutualisation de la quinzaine de postes de soins existants, ce qui aurait pu être identifié comme facteur d'amélioration des conditions de stockage et sécurisation des médicaments présents au sein de ces postes actuellement exigus.</p> <p>Un volet sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance est inclus dans le projet d'établissement. Ce dernier comprend, notamment, une charte de bientraitance élaborée par les professionnels de la MRG et de l'USS. Le PE reprend certains éléments d'une évaluation interne (datant</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>de 2020) qui fait un focus sur la bientraitance (annexe 2 du PE). La bientraitance et les dépistages des facteurs de risque de la maltraitance font l'objet d'un objectif présenté et dont les indicateurs de résultat(s) sont formalisés.</p> <p>Le projet d'établissement est évalué au travers d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs et au moyen de fiches actions (annexe 1 du PE).</p>
1.2	1.2.5	Management et Stratégie	<u>Le plan bleu</u>	<p>L'établissement a transmis le plan blanc de l'Unité de Soins de Suite ainsi que des éléments portant sur l'organisation de l'EHPAD pour la gestion des risques de grand froid et de canicule. Ont également été transmis une liste de téléphones utiles en cas de crise, la liste des contacts de la cellule de crise ainsi que des exemples de notes de services pré-rédigées en cas de communication nécessaire de l'établissement.</p> <p>Il a été indiqué à la mission que le plan bleu est divisé en fiches action. La fiche canicule date de 2020 et celle grand froid de 2023.</p> <p>Les documents envoyés ne constituent pas un plan bleu complet qui prend en compte l'ensemble de la typologie des risques que peut rencontrer l'EHPAD et ne détaille pas les procédures mises en place en cas de réalisation de ces risques. Ne sont pas non plus détaillés les modalités de continuité et de reprise d'activité.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 3 : Le plan bleu transmis est incomplet et ne prend pas en compte d'autres risques que la canicule et le grand froid, ce qui contrevient à l'article R311-38-1 du CASF et à l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)</p> </div>
1.2	1.2.6	Management et Stratégie	<u>La direction, l'organigramme</u>	<p>Le directeur en poste dans l'établissement [REDACTED]. L'intérim est assuré depuis le 5 février 2024 par la directrice adjointe chargée des finances qui est indiquée dans l'organigramme de la MRG transmis comme « Directrice par Intérim ». Elle a reçu une délégation de pouvoir signée par l'organisme gestionnaire le 4 février 2024.</p> <p>L'établissement a transmis deux organigrammes datés du 17 juin 2024, premier jour de l'inspection. Ils indiquent les noms des personnels suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le directeur et la directrice par intérim -La directrice adjointe chargée des soins, les cadres de santé des pôles de la MRG et le cadre hôtelier -La direction adjointe chargée des finances, le responsable achats-magasin, la lingerie-blanchisserie et le service des admissions -La responsable chargée qualité et gestion des risques -Les responsables des ressources humains -L'ingénieur travaux et maintenance -Les pharmaciens

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>-Les médecins coordonnateurs responsables des pôles de la MRG ainsi que les médecins cliniciens</p> <p>Les organigrammes n'indiquent pas les ETP et ne traduisent pas clairement les liens hiérarchiques et fonctionnels.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque 2 : L'organigramme de l'établissement ne traduit pas clairement les liens hiérarchiques et fonctionnels.</p> </div>
1.2	1.2.7	Management et Stratégie	Les CODIR / COMEX / COPIL	<p>Le rapport du directeur transmis à l'appui de l'ERRD 2023 relate le fonctionnement suivant :</p> <p>Au-delà des instances réglementaires que sont le conseil de la vie sociale (CVS) et le comité social et Economique (CSE), l'établissement a mis en place plusieurs instances fonctionnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le Comité de direction (CODIR) commun MRG et USS qui s'est réuni 22 fois en 2023 (1 semaine sur deux) constitue l'organe principal de pilotage de l'établissement et est composé du directeur, des directrices adjointes, du responsable Ressources Humaines, de l'ingénieur travaux et de la responsable qualité. - La réunion de coordination des soins, composée des cadres de santé de l'ensemble des pôles de la MRG et de l'USS et de la directrice adjointe des soins s'est réunie à 21 reprises en 2023 pour travailler sur le planning annuel de formations, le planning annuel des audits, le recrutement et le planning des soignants, le planning des instances, la mise à jour des classeurs IDE, la préparation à une situation de cyberattaque, l'organisation des soins et de l'hôtellerie, la mise en place et l'utilisation du logiciel [REDACTED] le déploiement des plans bleus, la préparation à la coupe PATHOS, etc. - Les bureaux de pôle dont le rythme des réunions est lié aux nécessités des prises en charge effectuées dans chaque pôle. - Le comité de pilotage Qualité Risques (COPIL Qualité risques) pour le suivi des événements indésirables, de la satisfaction patients, l'évaluation des pratiques professionnelles et l'actualisation du plan d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins (PACQSS). - Les CODIR de pôle : il s'agit de CODIR élargis à l'ensemble des médecins et des cadres de chaque pôle une fois par mois. L'ordre du jour est unique et porte sur : <ul style="list-style-type: none"> o Informations générales et institutionnelles FDR/MRG et USS o Taux d'occupation du pôle o Familles et résidents à accompagner o Point qualité (événements indésirables, audits, plaintes, formations...) o Formation [REDACTED]™ o Point travaux o Projets de pôle

N°MGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>○ Points RH</p> <p>Le jour de l'inspection, la gouvernance de la MRG est en transition avec l'arrêt maladie du directeur et de la directrice adjointe des soins. La direction est assurée par intérim par la directrice adjointe chargée des finances depuis le 5 février 2024. Elle a mis en place un CODIR plus élargi car il comprend le RRH, la responsable qualité, le médecin référent, la pharmacienne, le responsable travaux, le responsable achat, le responsable hôtelier, la directrice adjointe chargée de la coordination des soins et une personne sur les admissions. Le CODIR a lieu tous les 15 jours le lundi après-midi.</p> <p>Toutes les 6 semaines a lieu un CODIR élargi (correspondant au CODIR de pôle) avec l'ensemble des médecins, cadres de soins et psychologues. Les comptes rendus sont formalisés avec les feuilles d'émargement. Les documents sont disponibles sur les supports qualité.</p> <p>En l'absence de la directrice adjointe des soins, les réunions de coordination des soins sont animées par la directrice par intérim et le responsable ressources humaines. Cette réunion est hebdomadaire, les mardis de 11h à 13h.</p> <p>Les bureaux de pôles avec médecin, cadres et psychologues permettent de traiter les thématiques du pôle ainsi que les événements indésirables et les réclamations.</p> <p>La mission ayant demandé les trois derniers CR du CODIR note que leur fréquence est moins régulière que celle annoncée d'une fois tous les 15 jours : en effet, les derniers CODIR ont eu lieu respectivement les 15 avril, 13 mai et 3 juin 2024.</p> <p>Il a été rapporté à la mission le projet à horizon début 2025 d'une direction mutualisée pour l'USS avec un autre SMR de la fondation à Chantilly en raison des enjeux à venir pour le SMR (certification 2025) et de la charge de travail sur la MRG. Actuellement le personnel mutualisé entre l'USS et la MRG sont la directrice, le responsable achats et ses équipes, la qualité, la pharmacie.</p>
1.2	1.2.8	Management et Stratégie	Les conflits entre direction et salariés	<p>La direction a transmis les procès-verbaux de douze réunions du Comité Social et Economique (CSE). Le CSE se réunit tous les mois de l'année, soit douze fois par an (Cf. PV du 26-01-2023). Les PV transmis concernent les réunions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en 2023 : 26 janvier / 21 février / 17 avril (CSE central) / 11 août / 19 septembre / 31 octobre - en 2024 : 31 janvier / 13 février (CSE exceptionnel) / 29 février / 28 mars / 30 avril. <p>Le nombre de points abordés lors de ces réunions est autour d'une vingtaine, pour quatre pages de compte-rendu. Le maximum est de vingt-sept points pour cinq pages. Les comptes rendus sont succincts. Certains comptes rendus, notamment ceux du 21 février et du 11 août, ne sont pas complets.</p> <p>Les points abordés au cours de ces réunions concernent la vie de l'établissement dans tous ses aspects. Les difficultés sont largement remontées par les syndicats tant en matière de fonctionnement que sur la défense des droits des salariés. Tous ces points ne laissent pas apparaître de difficultés particulières entre la direction et les élus au CSE.</p> <p>La Mission d'inspection relève les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des difficultés d'organisation en interne, des services en sureffectif et d'autres en sous-effectif, - Des difficultés de circulation de l'information dont le rôle des cadres est souvent rappelé, - Des conflits entre salariés et élus du CSE,

INDIGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																			
				<p>- Le glissement de tâches d'aide-soignant vers des auxiliaires de vie en l'absence de professionnels diplômés</p> <p>Les entretiens menés avec des professionnels permettent de corroborer l'analyse issue de la lecture des PV de CSE. Les personnels entendus par la mission ont relaté des propos inappropriés par l'ancienne direction, et de ce fait sont globalement favorables à la directrice par intérim, même si des craintes sur l'absence de changement des conditions de travail et des pratiques ont été exprimées.</p> <p>Les indicateurs sur l'absentéisme et les taux de rotation du personnel particulièrement dégradés au sein de la MRG qui fonctionne avec un nombre élevé de personnels en CDD, traduisent des pratiques historiques du pilotage des RH au sein de l'établissement, venant augmenter les difficultés structurelles du secteur médico-social en termes de recrutement des personnels soignants et de leur fidélisation. Ces indicateurs sont de nature également à constituer des faisceaux d'indice d'un climat social dégradé.</p> <p>Le tableau ci-après extrait des données des tableaux de bord de la performance illustre les indicateurs dégradés.</p> <table border="1" data-bbox="770 596 1702 944"> <thead> <tr> <th></th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>Médiane IDF 2022</th> <th>Médiane Nationale 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Autres indicateurs RH (%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Taux de rotation des personnels (%)</td> <td>13,61</td> <td>18,73</td> <td>15,00</td> <td>15,00</td> </tr> <tr> <td>Taux d'absentéisme (Total en %)</td> <td>17,65</td> <td>16,36</td> <td>11,76</td> <td>12,1</td> </tr> <tr> <td>Taux d'ETP vacants (%)</td> <td>22,48</td> <td>24,47</td> <td>3,26</td> <td>2,5</td> </tr> <tr> <td>Taux de prestations externes (intérim, honoraires) sur les prestations directes (% des dépenses de personnel)</td> <td>8,28</td> <td>16,66</td> <td>1,92</td> <td>2,91</td> </tr> <tr> <td>Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management (%)</td> <td>5,52</td> <td>16,36</td> <td>5,48</td> <td>4,8</td> </tr> </tbody> </table>		2021	2022	Médiane IDF 2022	Médiane Nationale 2022	Autres indicateurs RH (%)					Taux de rotation des personnels (%)	13,61	18,73	15,00	15,00	Taux d'absentéisme (Total en %)	17,65	16,36	11,76	12,1	Taux d'ETP vacants (%)	22,48	24,47	3,26	2,5	Taux de prestations externes (intérim, honoraires) sur les prestations directes (% des dépenses de personnel)	8,28	16,66	1,92	2,91	Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management (%)	5,52	16,36	5,48	4,8
	2021	2022	Médiane IDF 2022	Médiane Nationale 2022																																			
Autres indicateurs RH (%)																																							
Taux de rotation des personnels (%)	13,61	18,73	15,00	15,00																																			
Taux d'absentéisme (Total en %)	17,65	16,36	11,76	12,1																																			
Taux d'ETP vacants (%)	22,48	24,47	3,26	2,5																																			
Taux de prestations externes (intérim, honoraires) sur les prestations directes (% des dépenses de personnel)	8,28	16,66	1,92	2,91																																			
Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management (%)	5,52	16,36	5,48	4,8																																			
1.2	1.2.9	Management et Stratégie	Relations Directeur/Gestionnaire	<p>Le directeur général de la fondation et les services du siège sont physiquement situés dans le même bâtiment que celui de la direction de la MRG. Les relations en sont ainsi facilitées. La directrice par intérim a déclaré voir régulièrement le directeur général sur un rythme bimensuel, et plus si besoin, sans difficulté.</p> <p>La directrice par intérim dispose d'une délégation de pouvoirs et de signature en date du 4 février 2024. Cette délégation de pouvoirs apporte plusieurs restrictions sur le périmètre de responsabilité en termes d'embauche et de gestion du personnel et de gestion de l'établissement. Ainsi le directeur peut signer les contrats de travail en CDI et CDD des salariés hors cadres, peut prendre des sanctions disciplinaires hors notification de licenciement et peut signer des bons de commandes ou actes d'engagement pour des achats ou investissements du quotidien n'excédant pas 3 000 euros.</p> <p>Les budgets et comptes administratifs et les CPOM restent sous la responsabilité du président et du directeur général par délégation. Il en va de même des contentieux prudhommaux.</p>																																			

MRGAS	MPLIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				Outre l'encadrement des responsabilités du directeur de la MRG, la délégation de pouvoirs précise également les moyens à disposition du directeur, et notamment l'appui des services du siège : en cas de difficultés ou prévisions de difficultés sur le suivi budgétaire, il peut être assisté du directeur administratif et financier de la fondation. Avec l'aide du chargé de communication du siège, le directeur assure la communication institutionnelle de son établissement ainsi que la communication en direction des résidents et de leurs familles.
1.2	1.2.10	Management et Stratégie	<u>Directeur : contrat et prise de poste</u>	<p>Le directeur en titre est actuellement [REDACTED] depuis le mois de janvier 2024 et selon les entretiens [REDACTED]. Le directeur a pris ses fonctions en avril 2022. Il dispose d'une lettre de missions de la direction générale établie en juin 2022. Ni son contrat de travail ni celui de la directrice par intérim n'ont été transmis à la mission. Aucune fiche de poste n'a été transmise pour le directeur. Sa délégation de pouvoir est conforme aux exigences réglementaires posées par l'article D 312-176-5 du CASF. Ce document précise la nature et l'étendue de la délégation, notamment en matière de :</p> <ul style="list-style-type: none"> -conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ; -gestion et animation des ressources humaines ; -gestion budgétaire, financière et comptable en application des articles R. 314-9 à R. 314-55 ; -coordination avec les institutions et intervenants extérieurs. <p>La directrice adjointe des finances assure l'intérim depuis le 5 février 2024. Elle exerce au sein de l'établissement depuis 2016 et dispose de la fiche de poste de directrice adjointe chargée des finances. Une délégation de pouvoir a été formalisée dans le cadre de l'intérim de direction. Cette délégation est légèrement différente de celle du directeur et prévoit une marge de manœuvre supplémentaire (plafond de dépense augmentée, plus de marge sur la gestion RH avec pouvoir de sanctions disciplinaires et plan de formation notamment). Son contrat de travail n'a pas été transmis.</p> <p>Le poste de directeur de l'EHPAD est mutualisé avec l'unité de soins de suite de 60 places installée dans les étages 1 à 3 de Ditza. Il est envisagé au niveau de la fondation de mutualiser le poste de direction de l'USS avec [REDACTED]. Seules les fonctions supports resteraient à l'avenir mutualisées avec la MRG.</p>
1.2	1.2.11	Management et Stratégie	<u>Directeur : qualifications</u>	<p>Les diplômes du directeur en titre et de ceux de la directrice adjointe en charge de l'intérim de la direction ont été transmis.</p> <p>Le directeur est titulaire [REDACTED] et d'un diplôme d'université DU [REDACTED].</p> <p>La directrice par intérim dispose [REDACTED].</p> <p>Les diplômes sont conformes aux exigences réglementaires.</p>
1.2	1.2.12	Management et Stratégie	<u>Les astreintes administratives et techniques</u>	La maison de Retraite et de Gériatrie (MRG) a transmis les calendriers des astreintes pour les mois de mai (version du 13 mai) et de juin 2024. Il existe 4 astreintes différentes : administrative, médicale, cadres et technique.

AN/GAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>-une astreinte administrative de direction se déroulant sur une semaine (du vendredi au vendredi), répartie en principe sur quatre personnes – directeur en titre, directrice financière, coordonnatrice des soins et responsable des ressources humaines. Compte-tenu des absences, seules deux personnes ont assuré ces astreintes sur les mois de mai (directrice par intérim et coordonnatrice des soins) et de juin (directrice par intérim et responsable des ressources humaines). D'après les entretiens menés, les astreintes administratives ne sont pas mobilisatrices en temps. Le cadre d'astreinte ne reçoit pas directement l'appel du service concerné ; l'appel étant filtré par le PC de sécurité, sauf pour les médecins.</p> <p>Il existerait une procédure accessible sur le serveur qualité mais la mission n'en n'a pas été destinataire.</p> <p>Les appels ne sont ni relevés, ni tracés ni suivis et ne donnent pas lieu à rapport.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>Remarque 3 : Les appels reçus et traités par les directeurs d'astreinte ne sont pas tracés.</p> </div> <p>- une astreinte médicale, assurée par les médecins de la MRG (médecins coordonnateurs ; médecins cliniciens) et de l'Unité de Soins de Suite (USS), à raison d'un médecin présent chaque soir. Elle ne se veut pas une garde (le médecin d'astreinte ne dort pas sur place) ;</p> <p>-une astreinte cadres (cadre et cadres de santé des trois pôles constituant la MRG), le samedi, le dimanche et les jours fériés. Le cadre hôtelier y prend part.</p> <p>La mission relève que des médecins et des cadres de santé, non affectés à la MRG, participent à cette astreinte car elle est commune au site comprenant la MRG et l'USS.</p> <p>- des astreintes techniques réparties entre trois agents, par roulement, à raison d'une possibilité d'intervention (soir et nuit) du lundi matin au dimanche soir inclus.</p>
1.2	1.2.13	Management et Stratégie	La présence et le remplacement de la direction	<p>Le directeur en titre de la MRG est [REDACTED].</p> <p>Il est détenteur d'une délégation de pouvoirs émise par la directrice générale de la Fondation Rothschild, signée le 8 avril 2022.</p> <p>Elle a été consentie sur les domaines suivants : prise en charge de la population accueillie ; hygiène et sécurité de manière permanente ; RH de manière permanente ; gestion budgétaire, financière et comptable.</p> <p>La directrice adjointe chargée des finances est présente le jour de l'inspection.</p> <p>Elle a une délégation de pouvoir du directeur général (DG) de la Fondation Rothschild en qualité de directrice par intérim, signée le 4 février 2024.</p> <p>Ce document dispose ainsi que le DG consent à partir du 2 février 2024 à la directrice chargée des finances, exerçant en qualité de directrice par intérim de la MRG et de l'USS, la délégation de pouvoirs dans le périmètre :</p> <p>Fonctionnement général de l'établissement et ses services ; administration ; embauche et gestion du personnel ; animation et direction technique ; gestion de l'établissement ; domaine de la qualité ; domaine de la communication.</p> <p>Cette délégation de pouvoir prévoit également son remplacement.</p> <p>Il a été précisé lors d'un entretien, et avant qu'elle ne soit directrice par intérim, qu'elle est remplacée soit par la coordonnatrice des soins, soit par la directrice qualité. Le remplacement en cas d'absence, de la directrice par intérim est en cours de discussion.</p>

INP/IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2	1.2.14	Management et Stratégie	Les délégations de signatures	<p>Le directeur en titre ne dispose pas à la lecture de sa délégation de pouvoirs d'avril 2022, de délégation de signature.</p> <p>La directrice par intérim dispose d'une délégation de signature (cf. délégation de pouvoirs signée le 4 février 2024), pour des actes ou documents afférents au fonctionnement de l'établissement ; en termes d'administration du personnel ; à la gestion (bons de commandes ou actes d'engagements pour des achats ou investissements de moins de 3 000€).</p> <p>Elle n'a pas de délégation de signature pour des documents et opérations concernant les budgets ; CA et CPOM ; pour des courriers et documents notifiant la rupture d'un contrat de travail d'un salarié.</p>
1.2	1.2.15	Management et Stratégie	Les subdélégations du directeur	<p>La délégation de pouvoirs du directeur prévoit la possibilité de subdélégation tout en précisant que la subdélégation doit faire l'objet d'une autorisation préalable du directeur général et faire l'objet d'un écrit signé par le salarié et le directeur général. Dans les faits, les délégations de pouvoirs et de signature ne se font qu'entre le directeur général et chaque cadre concerné.</p> <p>La directrice par intérim n'a pas le pouvoir de subdéléguer sa signature.</p> <p>La subdélégation n'est pas une pratique au sein de la Fondation Rothschild ; la délégation se veut actuellement directe.</p>
1.2	1.2.16	Management et Stratégie	L'IDEC	<p>La MRG dispose, au regard de sa configuration en trois pôles :</p> <p>-d'une directrice adjointe chargée des soins ([REDACTED]), titulaire d'un diplôme [REDACTED]. La mission n'a pas été destinataire de son contrat de travail initial, mais a eu communication d'un avenant en date du 25 janvier 2023 portant promotion professionnelle ([REDACTED]). La mission note que la promotion professionnelle est intervenue au bout de seulement 2 ans d'expérience en tant [REDACTED].</p> <p>Remarque 4 : [REDACTED]</p> <p>Elle encadre, entre autres, 6 cadres de santé, à raison de deux par pôle. Les cadres de santé se répartissent les étages de chaque pôle.</p> <p>Cinq contrats de travail ont été communiqués par la direction de la structure à la mission d'inspection. Dans ces contrats il est stipulé que leur titulaire occupera la fonction de cadre de santé. Seules deux cadres de santé disposent du diplôme de cadre de santé et une autre était en train de suivre une formation diplômante de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (MBA Direction des Structures de Santé et de Solidarité) à [REDACTED] au moment de l'inspection. Pour quatre soignants, leur formation au moment de la signature des contrats ne leur permettait pas d'accéder à cette fonction. Le diplôme validé par ces soignants est celui d'infirmière diplômée d'Etat.</p> <p>Il convient de rappeler que, dans la fonction publique hospitalière, la fonction de cadre de santé correspond à une qualification encadrée par un diplôme d'Etat délivrés par le ministère de la santé (niveau 6). Dans le cadre d'un EHPAD privé⁹⁹, il convient de parler d'infirmière coordonnatrice</p>

⁹⁹ En fonction des conventions, certaines peuvent prévoir des grilles de cadre de santé, alors ces derniers doivent être diplômés.

N°ICAG	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>(IDEC) dont les fonctions peuvent être assurées sans exigence d'un diplôme particulier, même s'il est recommandé une certaine expérience professionnelle et des formations en management.</p> <p>Remarque 5 : Trois cadres de santé ne disposent pas d'un parcours de formation garantissant leur capacité à pleinement assumer cette fonction.</p> <p>-Sur Malka, les deux cadres de santé sont toutes deux titulaires du DE infirmier délivré respectivement le [REDACTED]. La première est présente depuis mars 2020 [REDACTED], affectée sur la MRG à titre principal. S'agissant de la seconde, la mission n'a pas eu transmission de son contrat de travail mais uniquement d'une lettre de mission d'une durée de six mois à compter du [REDACTED], la positionnant comme responsable de soins de proximité.</p> <p>Remarque 6 : [REDACTED]</p> <p>-Sur Guila, l'une détient le DE infirmier délivré le [REDACTED] ainsi qu'un diplôme de cadre de santé obtenu [REDACTED]. Elle a été recrutée en CDI temps plein à compter du [REDACTED], en qualité de [REDACTED].</p> <p>L'autre IDE détient un diplôme [REDACTED]. Elle a été embauchée à temps plein en CDI à compter du 6 juillet 2021, exerçant à titre principal à l'EHPAD [REDACTED]. Toutefois le contrat prévoit la possibilité d'exercer dans un autre établissement de la fondation.</p> <p>-Sur Ditzza-Rina, une des cadres de santé est titulaire du DE infirmier délivré le [REDACTED] et bénéficie d'un CDI temps plein à la MRG à titre principal depuis [REDACTED]. La seconde a un diplôme de cadre de santé délivré [REDACTED] et y exerce à titre principal en CDI à temps plein depuis le [REDACTED].</p> <p>La mission n'a pas été destinataire des fiches de poste propre à chacune des cadres de santé.</p> <p>La fiche de missions de la coordonnatrice des soins, en date du [REDACTED], fait référence au poste occupé en tant que [REDACTED].</p> <p>Remarque 7 : La fiche de poste/missions de la coordonnatrice des soins n'est pas à jour.</p> <p>La mission a eu communication d'une fiche de poste MRG cadre de santé responsable de pôle, version actualisée du 24 juillet 2019- fiche de poste générique, comportant date et signature. Cette fiche précise le contenu du poste, la mission générale (garantir en collaboration avec le médecin</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>responsable de pôle, le fonctionnement du pôle), les missions, voire des missions ponctuelles ou spécifiques (participation à des groupes transversaux). La mission remarque, que contrairement aux médecins qui apparaissent responsables de pôle, les cadres de santé apparaissent rattachées à un pôle mais sans responsabilité particulière sur l'organigramme.</p> <p>Remarque 8 : L'absence de fiche de poste /de missions des cadres de santé fragilise la coordination du travail des équipes soignantes et la qualité de la prise en charge en soins des résidents.</p>
1.2	1.2.17	Management et Stratégie	Le MédCo : temps de présence	<p>Selon l'entretien avec la direction, le temps de coordination médicale au sein de la MRG s'élève à 1, 2 ETP répartis sur chacun des trois médecins responsables des pôles. Selon les entretiens des médecins, ces derniers indiquent exercer en tant que MedCo à temps plein. De fait, tous les trois y sont présents du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 sur une base forfaitaire de 38h hebdomadaire.</p> <p>A la lecture des trois contrats de travail, il ressort que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucun des contrats ne précise la quotité de travail en tant que MedCo, y compris le seul contrat établi au titre de médecin gériatre responsable de pôle. Pour les deux autres contrats, consentis entre les deux parties, la quotité de travail en tant que médecin coordonnateur n'est pas consignée non plus. En effet ces contrats font référence à la profession de médecin du titulaire du contrat, sans spécifier ses fonctions de coordination et de prescription assorties de leur quotité de travail afférente (voir point de contrôle IGAS n° 1.2 /1.2.19). - De plus, l'un des contrats de médecin temps plein à la MRG stipule que le médecin sera amené à exercer au sein de l'USS, sans précision de la quotité de travail dédiée à l'USS. Le contrat d'un deuxième indique que son activité pourra s'exercer dans un autre établissement de la fondation. <p>S'agissant des fiches de postes, lesquelles sont toutes signées par les intéressés, deux sont identiques et concernent des fiches de postes de médecin clinicien avec mention de réalisations de missions de MedCo, et une seule s'intitule MedCo responsable de pôle avec distinction du temps dévolu aux missions de MedCo et au temps de médecin clinicien.</p> <p>-Sur Maika, le médecin à temps plein exerçant des missions de coordination [REDACTED] a une fiche de poste [REDACTED]. Il assure 4 astreintes / mois de 18h00 à 9h00 le lendemain et 1 week-end par mois ;</p> <p>-Sur Guila, le médecin à temps plein exerçant des missions de coordination détient une fiche de poste – validée le 2 décembre 2016, et signée le 6 décembre 2016- en qualité de [REDACTED]. Il assure 4 astreintes médicales par mois ;</p> <p>-Sur Ditza-Rina, le Médecin à temps plein exerçant des missions de coordination dispose d'une fiche de poste [REDACTED] (validée le 2 décembre 2016 et signée par l'intéressé) en tant que [REDACTED].</p> <p>Remarque 9 : Sur les 3 médecins présentés à la mission comme responsables de chacun des 3 pôles, un seul dispose d'une fiche de poste en adéquation avec ses fonctions avec précision du temps de coordination (0,40 ETP).</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Le temps de médecin coordonnateur dont dispose actuellement l'EHPAD Rothschild n'est pas clairement établi mais est au moins égal à 1,2 ETP reposant sur 3 personnes physiques exerçant à temps plein ce qui est supérieur au nombre d'ETP prévu par la réglementation en vigueur soit un ETP pour un établissement dont la capacité est égale ou supérieure à 200 lits (article D312-156 du CASF¹⁰).</p> <p>Les médecins coordonnateurs assurent également des astreintes médicales (2 à 4 par mois). En fonction de leur lieu de domicile, ces astreintes peuvent se réaliser : soit sur place (une pièce leur est dédiée à cet effet), soit à domicile si le temps nécessaire au transport sur le chemin qui sépare leur domicile de l'EHPAD Rothschild est compatible avec les contraintes de sécurité de prise en charge des résidents.</p>
1.2	1.2.18	Management et Stratégie	Le MédCo : qualifications	<p>Les trois MedCo de la MRG sont titulaires d'une capacité de médecine de gériatrie, délivrée respectivement [REDACTED]</p> <p>Ils détiennent également des diplômes universitaires :</p> <p>DU pathologie cardio-vasculaire du sujet âgé obtenu [REDACTED] ;</p> <p>DU Vieillessement cérébral, normal et pathologique obtenu [REDACTED] ;</p> <p>DU de psychogériatrie délivré le [REDACTED] et DIU [REDACTED]</p> <p>Ces diplômes répondent aux exigences réglementaires.</p> <p>Il convient de préciser que sept médecins gériatres exercent au sein de la structure pour 6,6 ETP, répartis comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2,6 ETP sur le bâtiment Malka (189 résidents) dont 1 ETP de médecin coordonnateur responsable de pôle ; - 2 ETP sur le bâtiment Guilla (160 résidents) dont 1 ETP de médecin coordonnateur responsable de pôle ; - 2 ETP sur le bâtiment Ditzza-Rina (160 résidents) dont 1 ETP de médecin coordonnateur responsable de pôle
1.2	1.2.19	Management et Stratégie	Le MédCo : contrat	<p>Il ressort des entretiens menés, que les trois médecins coordonnateurs de pôle disposent d'un contrat signé par les deux parties prenantes. Lors de la vérification de ces trois contrats de travail, qui sont effectivement signés par les deux parties prenantes, il a été constaté que ceux-ci sont hétérogènes quant à la nature du contrat (médecin gériatre ; médecin temps plein à la MRG ; médecin gériatre responsable de pôle) et ne précisent pas la répartition des quotités de travail selon les principales missions figurant sur leur fiche de poste, à savoir les temps de coordination et les temps de médecin clinicien prescripteur (médecin traitant).</p>

¹⁰ Article D312-156 du CASF : « Tout établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I de l'article L. 312-1 doit se doter d'un médecin coordonnateur.

Pour les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 et ceux dont la valeur du groupe iso-ressources moyen pondéré est égale ou supérieure à 800 points, le temps de présence du médecin coordonnateur, pour sa fonction de coordination, ne peut être inférieur à :

- un équivalent temps plein de 0,80 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places ;

- un équivalent temps plein de 1 pour un établissement dont la capacité autorisée est égale ou supérieure à 200 places. »

N°IGAS N°LIGNE	Sous- thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
			<p>-Le MedCo du pôle [REDACTED]</p> <p>-Le MedCo du pôle [REDACTED]</p> <p>-Le MedCo du pôle [REDACTED]</p> <p>Remarque 10 : Les contrats des MedCo ne sont pas uniformes. Seul un des MedCo a un contrat en tant que médecin gériatre, responsable de pôle.</p> <p>Les trois médecins coordonnateurs de pôle prennent en charge en tant que médecin traitant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - [REDACTED] résidents pour le pôle Malka ; - [REDACTED] résidents pour le pôle Ditzza-Rina ; - [REDACTED] résidents pour le pôle Guila. <p>Les autres résidents sont pris en charge par les quatre médecins gériatres répartis sur les trois pôles de prise en charge, dont deux médecins gériatres exerçant sur le pôle Malka.</p> <p>Les contrats des MedCo, ne précisent pas leurs modalités d'exercice, ni leurs missions.</p> <p>Écart 4 : Les MedCo ne disposent pas d'un contrat de travail mentionnant notamment les modalités d'exercice de leurs missions et les moyens appropriés à leur réalisation, la quotité de travail allouée à leur fonction de coordination, et celle relative à leur fonction de médecin traitant des résidents dont ils ont la charge, ce qui contrevient aux dispositions des <u>articles D312-159-1 du CASF¹¹</u> et <u>L314-12 du CASF¹²</u>.</p>

¹¹ Article D312-159-1 du CASF : « Le médecin coordonnateur signe avec le représentant légal de l'établissement un contrat mentionnant notamment :

1° Les modalités d'exercice de ses missions définies à l'article D. 312-158 et les moyens appropriés à la réalisation desdites missions au sein de l'établissement ;

2° Le temps d'activité au titre de la coordination médicale et de l'organisation de la présence du médecin coordonnateur dans l'établissement. Une mention particulière est apportée lorsque le praticien intervient au sein de plusieurs établissements. Lorsque le médecin coordonnateur intervient en tant que médecin traitant au sein du même établissement, il signe le contrat mentionné à l'article R. 313-30-1 ;

4° L'encadrement des actes de prescription médicale auprès des résidents de l'établissement. »

¹² Article L314-12 du CASF : « Des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral destinées notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par l'établissement. Des clauses spécifiques sont prévues dans le cas où le médecin coordonnateur de l'établissement intervient également auprès d'un ou de plusieurs résidents comme médecin traitant.

1.3. Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.3	1.3.1	Animation et fonctionnement des instances	Le conseil de vie sociale (CVS) : organisation	<p>Le conseil de la vie sociale (CVS) :</p> <p>Le CVS est mis en place au sein de l'établissement. Il s'est réuni régulièrement au cours de l'année 2023 avec quatre réunions : 13 mars, 11 mai, 21 septembre et 19 décembre. Un CVS de transition a été également organisé le 16 février afin de prendre acte des dernières élections et élire le Président et le Vice-Président. Les trois derniers comptes rendus de ces CVS ont été transmis. Le compte-rendu du CVS du 16 février n'ayant pas été transmis, la mission n'est pas en mesure de déterminer s'il s'agit d'une réunion extraordinaire. Aucun compte rendu ni calendrier prévisionnel n'ont été transmis pour l'année 2024, la mission d'inspection ne peut s'assurer que le CVS se réunit 3 fois tous les ans.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Écart 5 : Aucun compte-rendu du CVS n'a été transmis pour l'année 2024, la mission inspection ne peut s'assurer que le CVS se réunit régulièrement, ce qui contrevient à l'article D.311-16 du CASF.</p> </div> <p>Sa composition :</p> <p>Les dernières élections organisées par la direction ont eu lieu le 1er février 2023. Le PV pour l'élection des représentants des résidents et le PV pour l'élection des représentants des familles ont été transmis.</p> <p>Le PV pour l'élection des représentants des résidents fait état des résultats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 138 votants : 107 exprimés et 31 nuls ; - 8 élus titulaires qui totalisent 90 voix ; - 6 élus suppléants qui totalisent 17 voix ; - 2 candidats non élus qui totalisent 0 voix. <p>Le PV pour l'élection des représentants des familles fait état des résultats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 80 votants : 74 exprimés et 6 nuls ; - 4 élus titulaires qui totalisent 47 voix ; - 4 élus suppléants qui totalisent 26 voix ; - 1 élu en liste d'attente qui totalise 1 voix.

Un contrat portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre le professionnel et l'établissement. »

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>En l'absence d'autre PV, il n'est pas possible à la mission de s'assurer que les membres suivants ont été élus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Représentant des professionnels employés par l'établissement ; - Représentant des représentants légaux des personnes accompagnées ; - Représentant des mandataires judiciaires à la protection des majeurs. <p>Aucun représentant de ces catégories n'apparaît dans les comptes rendus.</p> <p>En l'absence de document officiel, il n'est pas possible à la mission de s'assurer que les membres suivants ont été désignés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Représentant de l'organisme gestionnaire (présent au CVS) ; - Représentant des bénévoles accompagnant les personnes (non présent) ; - Le médecin coordonnateur (présent au CVS) ; - Un représentant de l'équipe médico-soignante (non présent). <p>Le compte-rendu du 11 mai apporte des précisions sur la présence des membres du CVS dans son point 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le médecin coordonnateur est désigné par la direction à tour de rôle, sans précisions des noms ; - Le représentant de l'équipe médico-soignante est la directrice-adjointe chargée des soins ; - Le représentant des professionnels sera élu courant juin (celui-ci apparaît bien dans le compte-rendu du 19 décembre comme absent). <p>Il est précisé que les invitations seront systématiquement adressées aux élus de la commune et aux représentants du Conseil Départemental.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Écart 6 : La composition du CVS n'est pas conforme, la décision instituant le Conseil de Vie Sociale, les désignations des membres et tous les PV des élections n'ont pas été transmis ce qui contrevient aux articles D.311-4, D.311-5, D.311-13 & D.311-14 du CASF.</p> </div> <p>Le règlement intérieur :</p> <p>Le règlement intérieur n'a pas été transmis. Celui-ci a été adopté lors de la séance du 11 mai 2023, soit la deuxième séance du CVS après les élections de février, ce qui contrevient à l'article D.311-19 du CASF. Le compte-rendu ne fait pas apparaître les votes des membres sur l'approbation du règlement intérieur.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Écart 7 : Le règlement intérieur n'a pas été transmis et n'a pas été adopté lors de la première réunion du CVS après les élections ce qui contrevient à l'article D.311-19 du CASF.</p> </div>

N°OAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Le fonctionnement du CVS :</p> <p>Les PV du CVS ne permettent pas de s'assurer de son bon fonctionnement sur les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les membres ne sont pas désignés selon leur appartenance de droit et leur collège, particulièrement pour les membres de l'établissement, ni leur statut de titulaire ou de suppléant, - Les membres à titre consultatif n'apparaissent pas clairement, - Le respect du nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, qui doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil, n'est pas précisé, - L'ordre du jour ne précise pas les points pour consultation et les points pour information, - Les avis ne sont pas explicites en l'absence de votes, - Le secrétaire de séance n'est pas désigné ni précisé, - Le rôle du président n'est pas mentionné, - Le PV n'est pas signé par le président (à l'exception de celui du 19 décembre dont le signataire n'est pas identifié). <p>La mission d'inspection ne peut s'assurer que la durée des mandats des représentants du CVS a bien été fixée, que celui-ci est convoqué par le président selon les délais de quinze jours et que les documents nécessaires sont transmis aux membres.</p> <p>La réunion du CVS est systématiquement précédée d'une réunion des représentants des résidents et des familles dont la durée n'est pas mentionnée. Cette réunion est un temps de préparation entre ces représentants du CVS proprement dit. Les autres membres rejoignent les représentants des résidents et des familles à 14h30.</p> <p>Entre les réunions du CVS sont organisées des réunions familles dont un retour est fait en CVS.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Écart 8 : Le fonctionnement du CVS ne respecte pas la désignation officielle des membres, le quorum, l'expression des avis, la désignation du secrétaire de séance, le rôle du président et sa signature du PV de séance, la durée des mandats et les règles de convocation, ce qui contrevient aux articles D.311-5, D.311-8, D.311-9, D.311-16, D.311-17 & D.311-20 du CASF.</p> </div> <p>Les points à l'ordre du jour :</p> <p>Les points abordés dans les séances du CVS concernent :</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<ul style="list-style-type: none"> - Point sur les réunions familles, - L'organigramme de la MRG, - Le fonctionnement et le financement de la MRG, - Point sur un outil de communication avec les familles (██████), - Point sur la situation sanitaire, - Information sur la mise à jour des fiches contact, - Point sur l'organisation et la planification du personnel soignant pendant les vacances, - Gestion des contractuels et intérimaires, - Le bien-être des résidents, - Gestion des dames de compagnie, - La question du référent du résident, - Les résultats de l'enquête de satisfaction auprès des résidents, - Les projets en cours : projet d'établissement, contrat de séjour, - Point sur les travaux en cours et à venir, - Préparation de fêtes, - Questions diverses. <p>Les familles peuvent faire état de leur souhait, voire revendications, dans le cadre de la réunion familles à laquelle la direction de l'établissement est conviée et peut apporter des réponses directement. Des problèmes récurrents sont notifiés à ces occasions à la direction, il s'agit de : la qualité de la nourriture, les changes insuffisants, la température trop élevée dans certaines chambres (31°), la prise en charge à la suite de transferts de pôles, la prise de rendez-vous médicaux à l'extérieur, la disparition du linge des résidents, les vols dans les chambres, l'accompagnement des résidents aux activités, la présence de pigeons au réfectoire du rez-de-chaussée et au forum, le ménage approximatif. Les familles font état de points positifs, à savoir la gentillesse des professionnels suivants : accueil, psychologues, kinés, coiffeur, personnel du restaurant et la plupart des soignants. La qualité des animations au forum est également évoquée.</p> <p>A l'occasion des questions diverses, les membres du CVS font remonter à la direction leur demandes de communication, de participation, d'information et des propositions.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				Les comptes rendus, de 4 à 5 pages, permettent d'avoir un aperçu des échanges autour des points abordés lors des réunions des CVS. Le point relatif à la restitution des réunions familles est bien détaillé. Les points abordés respectent dans son ensemble les attributions du CVS telles que fixées à l'article D.311-5 du CASF. Les discussions autour du projet d'établissement n'apparaissent pas dans les PV transmis.
1.3	1.3.2	Animation et fonctionnement des instances	<u>Le CVS et les événements indésirables et dysfonctionnements</u>	<p>Les événements indésirables et les dysfonctionnements :</p> <p>Les points à l'ordre du jour des trois CVS de 2023 ne mentionnent pas la présentation d'un bilan des événements indésirables et des dysfonctionnements. Des événements indésirables peuvent faire l'objet d'une présentation contingente en CVS. La réunion familles traite des réclamations des familles et des résidents, mais elle n'aborde pas non plus les événements indésirables et les dysfonctionnements. Le rôle d'orientation du président du CVS vers des dispositifs de droit commun dans le cadre de réclamations ou de dysfonctionnements n'apparaît pas.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Écart 9 : Les événements indésirables et les dysfonctionnements ne sont pas systématiquement présentés au CVS ce qui contrevient à l'article R.331-10 du CASF.</p> </div>

1.4. Gestion de la qualité

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.4	1.4.1	Gestion de la qualité	<u>Les professionnels référents et responsable qualité</u>	<p>Une Responsable chargée qualité et gestion des risques est en poste dans l'établissement à hauteur de 0,8 ETP. Ses missions sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le pilotage et la gestion de la démarche qualité de l'EHPAD (notamment en organisant des démarches d'évaluation de la qualité) -Le suivi des EI et EIG dans la structure -La mise en place des fiches d'action et des procédures -L'organisation des formations pour les professionnels <p>Elle est identifiée par les autres professionnels de la structure.</p> <p>Il a été indiqué à la mission qu'un des 3 médecins coordonnateurs sera nommé référent médical pour l'ensemble de la MRG.</p> <p>La mission n'a pas eu connaissance de personnels soignants référents sur la prise en charge médicamenteuse.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 11 : Il n'est pas désigné officiellement un ou des personnels soignants référents sur la PECM alors que cela est justifié au regard de la taille de l'établissement, du grand nombre de postes de soins et de la nécessité d'une homogénéité du circuit du médicament et de la prise en charge médicamenteuse des résidents entre les différents bâtiments.</p> </div>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.4	1.4.2	Gestion de la qualité	<u>Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)</u>	<p>L'établissement a transmis deux « programme d'Actions Qualité » respectivement pour 2023 et 2024.</p> <p><u>Le programme 2023</u> renseigne pour chaque item : sa thématique, son numéro, ses objectifs, les actions à mener et les moyens d'y arriver, sa priorité (de 1, le plus prioritaire, à 3, le moins), le responsable du projet, la date de début et de fin de la mise en place, les actions réalisées et leurs dates, la périodicité de l'action, les indicateurs de résultats attendus et obtenus ainsi que le niveau de complétion de l'item.</p> <p>Il est indiqué dans le plan qu'au terme de 2023 : 49 objectifs ont été réalisés (48%), 31 ont été partiellement réalisés (30%), 22 ont été non réalisés (22%) et aucun n'a été abandonné. Pour 20 des 22 objectifs non réalisés il est indiqué qu'ils sont reportés ou seront mis en place en 2024. Les deux autres objectifs qui ne sont pas reportés en 2024 sont « Envisager l'accès au DU hygiène pour 1 ou 2 membres du CLIN », car les candidatures n'ont pas été retenues en 2023, et « Organiser deux réunions au minimum par an relatives à la réflexion éthique » car il y a une recherche d'expertise externe.</p> <p><u>Le programme 2024, dont la trame est différente de celle de 2023</u>, renseigne pour chaque item : l'établissement concerné, la thématique HAS ESSMS ou sanitaire, le numéro, le contexte, l'objectif, les actions à réaliser, la date de lancement, de fin prévue et de fin réelle, le pilote de l'action, la priorité de l'item (3 niveaux : 1-Urgent, 2-Important, 3-Moins urgent), les commentaires du pilote, les indicateurs des résultats attendu et obtenu, la périodicité de l'item et son statut.</p> <p>Un COPIL qualité a lieu 3 à 4 fois par an dans l'EHPAD. Il est composé des membres de la direction, les médecins et cadres de santé de la structure, les pharmaciens de la PUI, le cadre responsable des achats, l'ingénieur travaux, le cadre hôtelier ainsi que la responsable qualité.</p> <p>Une réunion qualité rassemble tous les référents qualité de la Fondation Rothschild avec un responsable du siège une fois par semaine. Les sujets qualité sont également abordés pendant le CODIR bimensuel de l'EHPAD. Il a été indiqué à la mission que des groupes de travail et d'échange peuvent être organisés ponctuellement pour la rédaction et la révision de procédure ou encore des audits.</p> <p>La référente qualité participe également à des réunions de préparation pour les occurrences du CVS ainsi qu'à des « points qualité » a posteriori.</p>
1.4	1.4.3	Gestion de la qualité	<u>L'évaluation et l'auto-évaluation</u>	<p>La Fondation de Rothschild a mis en place une « visite de risque » effectuée par les services du siège au sein de ses établissements. La visite de risques a pour objectif principal de prévenir la survenue des événements indésirables associés aux soins en repérant et en évaluant les risques. Elle repose sur une évaluation de l'ensemble de l'activité des unités de soins en lien avec le parcours du résident. Pour 2023, la thématique du médicament a été choisie par le COPIL qualité Fondation.</p> <p>La dernière évaluation externe de l'établissement date de décembre 2014, elle a été transmise à l'ARS. Aucune autre évaluation n'a été transmise depuis.</p> <p>Point d'attention : La dernière évaluation externe de l'établissement date d'il y a plus de 5 ans ce qui contrevient à l'article D312-204 du CASF. Toutefois, les échéances de transmission de l'évaluation ont été définies par arrêté DGARS d'Ile-De-France portant programmation des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du b) de l'article L 313-3 du code de l'action sociale et des familles pour les années 2023 à 2027, conformément aux articles L 312-8 et D312-204 du même code. S'agissant de la MRG Rothschild, la transmission du rapport d'évaluation est fixée au deuxième semestre 2026, selon cet arrêté.</p>

N°GAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>L'établissement a transmis un rapport d'évaluation interne de décembre 2020 qui analyse les points forts et les éléments à améliorer au sein de la MRG pour les items suivants : Outils loi 2002, Pilotage de la démarche qualité, l'intégration d'un nouveau professionnel, qualité de vie au travail, projet personnalisé ainsi que la relation des usagers.</p> <p>Sont également contenus en annexes : un référentiel d'évaluation interne EHPAD, le tableau de bord des indicateurs EHPAD ainsi qu'un focus bientraitance.</p> <p>Les éléments contenus dans cette évaluation ont été inclus dans la démarche qualité de l'établissement pour l'année suivante.</p> <p>Le PAQ 2024 reprend les critères de l'HAS pour préparer la prochaine évaluation de l'établissement.</p>
1.4	1.4.4	Gestion de la qualité	<u>La politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance</u>	<p>L'établissement dispose d'une « Politique qualité et gestion des risques » applicable pour tous les établissements de la Fondation Rothschild pour la période 2023-2027. Cette politique inclut la bientraitance dans ses grands axes de travail. Les actions prévues pour le développement de la bientraitance sont : la nomination de référents établissements dans les structures de la Fondation, la mise en œuvre d'une culture pérenne de la bientraitance en lien avec un comité éthique ainsi que l'organisation de formations interne et externe en lien avec l'accompagnement des personnes accueillies.</p> <p>La bientraitance et la lutte contre la maltraitance font partie intégrante du projet d'établissement de la MGR qui l'aborde autant via une partie dédiée qu'au travers des autres parties comme le projet de soins, l'amélioration de la qualité et de la prise en charge ou encore la réflexion éthique s'imposant aux soignants. Le projet d'établissement renvoie également vers la « Charte Bientraitance » de la MRG.</p> <p>Le livret d'accueil des résidents contient un chapitre sur la bientraitance qui renseigne le numéro du 3977.</p> <p>L'EHPAD dispose d'une procédure de signalement d'actes de maltraitance à destination des professionnels de la structure. Sont renseignées les 7 typologies de la maltraitance, comment et vers qui se tourner pour signaler un cas de maltraitance, la réglementation applicable et les sanctions en cas de non-signalement et de délaissement. La procédure n'indique pas le régime de protection du déclarant de l'article L313-24 du CASF.</p> <p>L'établissement a transmis deux lettres d'engagement de la Direction Générale de la Fondation en lien avec la Bientraitance. La première du 23 septembre 2019 porte sur une meilleure diffusion d'une adresse mail de contact de la Direction Générale de la Fondation afin de recueillir, au mieux, les retours des usagers.</p> <p>La seconde, du 24 novembre 2021, porte sur la publication de la « Charte éthique et accompagnement du grand âge » et l'engagement pour chaque établissement de la Fondation de mettre en place, deux fois par an, un groupe de travail éthique permettant d'identifier des actions d'amélioration sur une ou plusieurs thématiques de la charte. Cet objectif n'a pas été atteint en 2023 par l'établissement selon le plan qualité.</p> <p>Si le plan de développement des compétences 2022 contient des formations d'une demi-journée sur l'analyse des pratiques professionnelles et la bientraitance, prévues pour 60 salariés parmi AS/AES/ASH de l'établissement, ce n'est pas le cas de celui de 2023.</p> <p>Le numéro d'appel pour les victimes, le 3977, est affiché dans tous les bâtiments de la MRG. La charte de bientraitance de la MRG également.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				L'établissement s'est engagé dans la démarche de formation [REDACTED]™ qui doit durer de 2023 à 2025. Enfin dans le CR du CODIR du 3 juin 2024, il est annoncé la préparation de l'EHPAD en vue de la visite de risque Fondation dont le thème cette année porte sur la maltraitance.
1.4	1.4.5	Gestion de la qualité	<u>Les situations de violence ou harcèlement</u>	L'établissement n'a pas transmis de procédure traitant spécifiquement des situations de violence ou de harcèlement sexuel dans l'EHPAD. Les cas de violence sont abordés dans la procédure de « Déclaration et traitement d'un événement indésirable » et sont associés aux situations de maltraitance en tant qu'EIG à signaler au siège. Il n'y a pas de mention spécifique des cas de violence sexuelle ou de harcèlement. Remarque 12 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure dédiée aux situations de violence ou de harcèlement sexuel.
1.4	1.4.6	Gestion de la qualité	<u>La déclaration des maltraitances</u>	L'établissement dispose d'une procédure de signalement d'actes de maltraitance. Comme détaillé précédemment, elle précise aux salariés de la structure comment, quand et vers qui se tourner pour déclarer un cas de maltraitance. Sont aussi précisées la définition de la maltraitance ainsi que les sanctions en cas de non-signalement et délaissement. Les cas de maltraitance sont également traités par la procédure de déclaration et traitement d'un événement indésirable qui se réfère à la procédure de signalement précédente. Ces deux documents ne mentionnent pas le régime de protection des déclarants de l'article L313-24 du CASF. Remarque 13 : Les procédures relatives à la déclaration des actes de maltraitance de l'établissement ne mentionnent pas le régime de protection des déclarants de l'article L313-24 du CASF.

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

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.5	1.5.1	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<u>Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction</u>	Un cahier de réclamation et de satisfaction est disponible à l'accueil de la MRG. Le président du CVS peut également faire remonter des plaintes de familles. Il a été confié à la mission que les réclamations et plaintes sont également réceptionnées par mail ou au téléphone. Les réclamations par mail sont adressées sur la boîte à lettre générique « coordination de pôle ». Les familles entendues en entretien ont indiqué ne pas recevoir de réponse écrite à leur réclamation par mail. Il a été rapporté à la mission que la plupart du temps, la réponse se faisait oralement par la cadre de santé qu'ils croisaient dans les couloirs ou par téléphone.

N°CAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>L'établissement a récemment mis en place une adresse mail dédiée aux réclamations afin de s'assurer du recensement exhaustif des réclamations des familles et d'assurer un suivi au niveau de la direction, via la responsable qualité. Les réclamations et les plaintes reçues sont transmises au responsable qualité, qui les saisit dans un fichier Excel. Ce fichier permet, non seulement de regrouper sur le même support les réclamations et les plaintes portées par les usagers, mais également d'assurer un suivi effectif de la mise en place des mesures correctives le cas échéant, ainsi que de la modalité de réponse qui leur a été apportée. Le fichier Excel comporte plusieurs items (liste non exhaustive) : la date de déclaration, le pôle, le nom du résident, la thématique concernée, la description de l'évènement, les dates de relance, les actions d'améliorations proposées et réalisées, la personne responsable de la gestion de cette réclamation et son statut (i.e. non traitée, en cours, clôturée). Il a été indiqué à la mission que les plaintes et réclamations sont suivies par une cellule trimestrielle qui étudie leur répartition par pôle afin d'échanger directement sur ce sujet avec les soignants concernés.</p> <p>L'effectivité de la mise en place des mesures correctives issues de l'analyse de chaque réclamation/plainte est assurée par la cadre de santé pour les plaintes « classiques » et par la direction pour les plaintes graves.</p> <p>Un bilan trimestriel des réclamations est réalisé lorsque la cellule trimestrielle d'évènements indésirables et réclamations se réunit. Des bilans annuels des réclamations déposées auprès des professionnels de la structure sont réalisés et leur sont communiqués. Les résultats de leur analyse sont régulièrement présentés en CVS selon les déclarations entendues par la mission.</p> <p>Les principales thématiques des plaintes et réclamations sont : la prise en charge (25%), les vols et disparitions d'objets personnels (15%), l'état des locaux (12%) ainsi que le comportement des AS (11%). Sur les 97 réclamations et plaintes, allant de janvier au 20 mai 2024, 51 sont indiquées comme « clôturées » (soit 53%), 18 sont indiquées comme « en cours » (19 %) et 28 sont indiquées comme « Non initié » (29%). Parmi les plaintes et réclamation indiquées comme « Non initié » 10 datent de février et mars 2024 et 9 datent d'avril 2024, sans relance systématique. La mission ne peut donc s'assurer qu'une réponse systématique est apportée pour les plaintes et réclamations.</p> <p>Pour les enquêtes de satisfaction, l'établissement a transmis le formulaire et les résultats de l'enquête de satisfaction de 2023. Cette enquête n'a été faite qu'auprès des familles et des tuteurs.</p> <p>Sur 439 questionnaires transmis par courrier, 68 ont été remplis et retournés à la MRG soit un taux de participation de 15%. Le questionnaire porte sur les items suivants : l'inscription et la préadmission (si admission en 2022), l'accueil, la communication, la qualité du cadre de vie, l'organisation des soins, les activités et l'appréciation globale.</p> <p>Les résultats de l'inscription et l'admission ainsi que l'accueil montrent une satisfaction globale chez les répondants. Parmi les autres items, les résultats avec le plus bas taux de satisfaction sont : la communication avec le médecin de l'établissement (60%), le rangement du linge des proches (60%), l'écoute des résidents par le personnel soignant (69%), l'information reçue concernant les soins des proches (56%), les réponses apportées lorsque les familles/tuteurs ont des questions d'ordre médical (59%), l'information des activités organisées dans l'établissement (60%) et l'information sur le fonctionnement et la vie de l'établissement (64%).</p> <p>Il a été indiqué à la mission qu'une enquête de satisfaction sur le respect de l'intimité et la dignité des résidents était réalisée en ce moment auprès d'eux et de certains professionnels.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>L'analyse de ces questionnaires au moyen du logiciel [REDACTED] permet d'identifier des mesures correctives à mettre en place. En fonction du type d'action corrective à mener, un pilote d'action est désigné pour assurer la mise en place de ces mesures. L'état du suivi de la mise en œuvre de chaque mesure corrective est accessible à tout professionnel de l'EHPAD Rothschild dans le logiciel [REDACTED] Santé. Les actions correctives à moyen et long terme sont en outre incluses dans le PACQ. Les résultats de l'enquête annuelle de satisfaction sont affichés sur le tableau d'affichage usager au sein de chaque pôle, et sont présentés par ailleurs lors des réunions du CVS.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 14 : Les résidents n'ont pas été associés aux enquêtes de satisfaction mises en œuvre en 2023 par l'établissement. Seules les familles et tuteurs y ont été associés.</p> </div>
1.5	1.5.2	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	La procédure de déclaration des événements indésirables (EI)	<p>Les événements indésirables survenant dans la structure sont déclarés sur ordinateur via la plateforme « [REDACTED] ».</p> <p>L'établissement a transmis une procédure signée de « Déclaration et traitement d'un événement indésirable » mise à jour en janvier 2024 qui s'applique à tous les événements indésirables de la MRG. Celle-ci décrit le processus de signalement et les étapes du traitement d'un événement indésirable à l'aide du système de déclaration informatisé [REDACTED]. Tous les personnels de la structure peuvent, et sont incités, à signaler les événements indésirables dont ils ont connaissance.</p> <p>La procédure donne la définition de l'EI, de l'EIG (en indiquant la liste des 11 thématiques de l'arrêté du 28 décembre 2016) ainsi que l'EIGS, EIGAS dans le document, qui reprend l'article R1413-67 du CSP.</p> <p>La référente qualité a indiqué que des formations [REDACTED] étaient organisées régulièrement notamment sur demande de personnel. Elle a également indiqué que « selon elle il y avait une appropriation des EI/EIG par les équipes » en raison de l'augmentation des signalements chaque année. Selon le rapport du directeur à l'ERRD 2023, une culture sécurité et qualité de la fondation incite au signalement des événements indésirables. 328 événements indésirables étaient déclarés en 2022 et 298 au 31 décembre 2023</p> <p>Les soignants interrogés indiquent pouvoir déclarer les événements indésirables (EI) dans [REDACTED]™ et [REDACTED]™ mais ils utilisent rarement [REDACTED]™.</p> <p>Ils sont formés régulièrement à la déclaration des EI. En 2023, sept formations ont été assurées par la responsable qualité. Ils connaissent la procédure mais disent ne déclarer que les chutes dans [REDACTED]™. C'est l'encadrement qui se charge de déclarer les autres EI ou EIG. Les troubles du comportement des résidents accueillis sont déclarés seulement au médecin référent.</p> <p>Il existe un document « la gestion bienveillante des signalements à travers la signature de la charte de confiance » qui date d'août 2019. Il incite à la déclaration des EI en précisant qu'en cas d'erreur, l'agent ne sera pas sanctionné.</p> <p>Dans la procédure intitulée « déclaration et traitement d'un EI », version n°9, il est marqué page 5 que « tout déclarant doit informer son responsable hiérarchique (...) ».</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 15 : La possibilité de signaler les EI dans deux logiciels sans interfaçage, et une procédure floue sur la répartition des responsabilités de signalement entre professionnel et hiérarchie n'incitent pas la déclaration par les professionnels.</p> </div>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Remarque 16 : L'absence de possibilité d'anonymisation n'incite pas au signalement interne des EI.</p> <p>D'après l'entretien [REDACTED], des bilans des déclarations, des analyses et de la mise en place des mesures correctives relatives aux EI sont présentés en CVS. L'ordre de jour de chaque CVS comporte un point qualité. Ce point qualité porte sur : les EI survenus depuis sa dernière réunion, les RETEX réalisés, l'analyse des autres EI moins graves, ainsi que les principaux plans d'action prévus. Le bilan annuel des EI est inclus dans le rapport annuel d'activité de l'EHPAD. Ces déclarations ne sont pas corroborées par les CR de CVS.</p> <p>Remarque 17 : Il a été vu au point 1.3.2 que lors des 3 CVS de 2023, aucun bilan sur les EI, EIG et dysfonctionnements n'était à l'ordre du jour.</p>
1.5	1.5.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<u>Le procédure de gestion des événements indésirables en PECM</u>	<p>Selon le rapport du directeur à l'ERRD 2023, la fondation Rothschild réalise dans chacun de ses établissements des visites de risques ayant pour objet de prévenir la survenue d'événements indésirables associés aux soins en repérant et évaluant les risques. Pour 2023, la thématique du médicament a été choisie par le COPIL qualité fondation. A la MRG, depuis novembre 2023, des réunions de cellules événements indésirables portant spécialement sur la thématique « médicaments » sont tenues en présence des pharmaciennes, des infirmiers, des cadres de pôles et de la responsable chargée de la qualité.</p> <p>En 2023, la catégorie « prise en charge » (soit 57% des EI totaux versus 43% en catégorie logistique) concerne les médicaments pour 23% des EI signalés, soit un total de 39 EI.</p> <p>La procédure de déclaration et de traitement d'un événement indésirable comprend les modalités de déclaration et de gestion des EIGS et des maladies à déclarations obligatoires</p> <p>La gestion des événements indésirables en PECM comporte en théorie plusieurs étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leur déclaration au moyen du logiciel [REDACTED]. Cette déclaration est plus souvent réalisée par les infirmières et les aides-soignantes de nuit, et plus rarement par les médecins. - Une fois la déclaration enregistrée, le logiciel [REDACTED] génère des courriels automatiques à l'attention : du médecin coordonnateur du pôle, de la cadre de santé du pôle, de la responsable qualité, de chaque membre du CODIR, des deux pharmaciens. Ces courriels automatiques comportent les caractéristiques du signalement déclaré. - La modalité de leur traitement dépend du degré de sévérité de chaque EI en PECM : <ul style="list-style-type: none"> o Certains EI en PECM sont traités dans les suites immédiates de leur survenue (e.g. erreur d'administration d'un stupéfiant, erreur d'identitovigilance). Le responsable qualité, lorsqu'un EI en PECM de ce type survient, prend contact avec la cadre de santé du pôle de soins dans lequel l'erreur d'administration s'est produite, afin d'organiser un RETEX. Les participants à ce RETEX sont : le déclarant à l'origine de l'erreur d'administration, les soignants du pôle où l'EI s'est produit, la responsable qualité, des membres de la direction et l'un des deux pharmaciens.

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<ul style="list-style-type: none"> ○ Les EI en PECM qui ne sont pas sévères, sont analysés : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Au fil de l'eau, notamment par le médecin et/ou la cadre de santé référents du résident auquel l'erreur d'administration médicamenteuse est survenue. Une enquête est ainsi menée auprès du soignant ayant déclaré l'EI en PECM. ▪ Lors de la réunion de la cellule mensuelle EI médicamenteux composée par : les IDE, les cadres de santé, les deux pharmaciens et les médecins disponibles. - A l'issue de l'analyse des EI médicamenteux des mesures correctives sont identifiées et mises en place par un pilote d'action. Le responsable de l'effectivité de la mise en place des actions correctives est le pharmacien. - Le suivi du plan d'action relatif à la prise en charge médicamenteuse se réalise en COMEDIMS qui se réunit trois à quatre fois par an. - Lorsque les mesures correctives à mettre en place portent sur le moyen et long terme, ces actions sont incluses dans le PACQ. - La déclaration d'un EIG médicamenteux aux autorités sanitaires compétentes a lieu lors de son RETEX, et est réalisée par le responsable qualité ou le directeur de l'EHPAD. <p>Il ressort de l'analyse des documents consultés et transmis que cette procédure de gestion des EI médicamenteux est en fait peu utilisée par le personnel. Au regard de la taille de l'établissement, relativement peu de déclarations d'événements indésirables en lien avec le médicament sont réalisées : seulement 39 en 2023.</p> <p>Aucun bilan des EI médicamenteux déclarés n'a pu être présenté aux inspecteurs alors qu'il a été indiqué lors des entretiens que les déclarations étaient analysées par une cellule (Responsable Analyse Qualité (RAQ), cadres de santé, IDE, pharmacien) et faisaient l'objet d'un suivi tracé avec actions correctives dans le tableau de bord de la qualitiennne.</p> <p><u>Analyse des EI en PECM survenus sur le premier trimestre 2024 au sein de l'EHPAD Rothschild :</u></p> <p>Lors des trois premiers mois de l'année 2024, six EI en PECM ont été déclarés, dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deux erreurs de délivrance des médicaments ; - Un problème de stockage des médicaments nécessitant de sécuriser les locaux de stockage, les armoires et les chariots de leur distribution ; - Trois erreurs relatives au circuit d'administration des stupéfiants (i.e. administration, traçabilité de l'administration, perte de stupéfiant). <p>Ces EI sont survenus sur les trois pôles de prise en soins : deux sur Guila, deux sur Rina, et un sur Malka et un sur Ditzza.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Remarque 18 : La gestion des événements indésirables liés au circuit du médicament n'est pas opérationnelle. Il y a peu de remontées de ces événements au vu de la taille de l'établissement. Aucun bilan des rares événements analysés n'est réalisé. En cas d'EIG médicamenteux, ces constats pourraient contrevenir aux dispositions des articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 du CASF et à l'arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration EI/EIG/EIGS à l'autorité compétente), ainsi qu'à l'article R1413-67 à 70 du CSP Et L311-3 CASF</p>
1.5	1.5.4	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience (RetEx) des EI	<p>La procédure de déclaration et traitement des EI de l'établissement indique qu'après déclaration, l'EI est traité, le suivi est organisé et si nécessaire, un retour d'expérience sera fait sur l'EI.</p> <p>Selon cette procédure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'EI est traité par le groupe de suivi du pôle où il est survenu. Ces cellules EI assurent un suivi régulier avec traçabilité et retour d'une réponse au déclarant. Une analyse pluridisciplinaire est faite pour certains EI afin de dégager les enseignements nécessaires. La cellule assure aussi l'organisation de retour d'expérience et analyse des causes profondes de l'évènement ainsi que la communication régulière des EI et EIG aux professionnels et usagers. Il a été déclaré à la mission que tous les déclarants ont accès aux retours sur les EI remontés sur le logiciel [REDACTED] malgré des retours faisant état de l'absence de mise à jour après la déclaration. - A l'initiative du pôle ou d'un membre du CODIR, un REX ou un CREX (Comité Retour d'Expérience) peut être organisé. Un membre du CODIR est pilote et organise le recueil des informations. - Le RETEX est organisé par le pilote et le responsable qualité de l'EHPAD afin d'établir les circonstances de l'évènement, identifier les manquements et déterminer les actions à mettre en place. Le CREX associe également les personnes concernées par l'évènement. Celles-ci participent à une réunion pluridisciplinaire qui partage le même objectif que pour le RETEX : l'analyse des événements, l'identification des manquements ainsi que la mise en place d'actions correctrices. A l'issue de ces deux procédures, un rapport reprenant toutes ces étapes est rédigé. - En cas de survenance d'un EIGS ou d'un EIG « identifié à risque par les professionnels » un RETEX pluriprofessionnel est mis en place. Il est également précisé qu'« en cas de gravité 4 ou 5, le médecin coordonnateur responsable de pôle réunit un bureau de pôle exceptionnel » pour mettre en place les actions correctrices immédiates garantissant la sécurité des personnes. La direction est ensuite informée pour organisation d'un RETEX ou d'un CREX. <p>Selon le rapport du directeur à l'ERRD 2023, 9 retours d'expérience (REX) ont été tenus sur l'année. Ils ont porté sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 REX autour des transferts des résidents, les chutes et les moyens de prévention - 1 REX concernant les toilettes de la nuit et les rondes obligatoires - 1 REX par pôle à la suite d'un exercice incendie - 1 REX sur la non-administration d'un médicament avec une pompe - 1 REX sur la prise en soins globale d'un habitant à la suite d'un décès et réclamation famille - 1 REX sur le circuit du médicament (traçabilité des stupéfiants)

N°GAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>- 1 REX sur l'absence de traçabilité de la sortie d'une habitante, sortie inopinée supposée.</p> <p>La mission ne peut en attester, faute d'avoir reçu de compte-rendu des RETEX.</p> <p>Dans la procédure de déclaration des EI, il est indiqué que toute action d'amélioration est reportée dans le PACQ et que 80% des objectifs doivent être réalisés dans l'année. Ce taux n'a pas été atteint en 2023 puisque seulement 48% des objectifs ont été réalisés et 30% partiellement réalisés.</p> <p>La mission a pu analyser la liste des déclarations d'événements indésirables pour l'année 2023 et de janvier à juin 2024. Les items du document sont : le numéro de déclaration de l'EI, la date de l'évènement, l'utilisateur déclarant (seulement en 2023), la catégorie de personnel concernée par l'incident, le pôle ou service de la MRG où est survenu l'EI, le type d'EI, des précisions sur l'EI, la réponse du responsable qualité, le niveau de criticité et l'état de l'EI (traité ou en cours).</p> <p>Pour 2023, 304¹³ déclarations d'événements indésirables sont enregistrées. 161 déclarations ont été enregistrées entre janvier et juin 2024.</p> <p>Ces documents de suivi ne font pas de distinction entre EI et EIG dans leur classification. Les EIG déclarés aux autorités, qui sont renseignés dans ce tableau de suivi, partagent le même niveau de criticité que d'autres événements indésirables non déclarés.</p> <p>Le tableau de suivi de 2023 détaille également, le 30 octobre 2023, un « autre EI grave (suspicion agression sexuelle » survenu dans l'établissement qui n'a pas « été déclaré, ni suivi ». Cet évènement n'a pas fait l'objet d'une déclaration.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Écart 10 : Un dysfonctionnement considéré comme grave par l'EHPAD n'a pas fait l'objet d'une déclaration aux autorités de contrôle et de tarification, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.</p> </div> <p>Nous retrouvons dans le compte-rendu du CVS du 21 septembre 2023 un point sur les événements indésirables qui fait suite à la réunion des familles lors de laquelle la démarche qualité, la gestion des EI, le suivi des plaintes et réclamations et le référentiel d'évaluation ont été présentés. Ce point « événement indésirables » n'a pas concerné le bilan sur les EI et il convient de noter qu'à LEIG.</p> <p>Aucun bilan sur les EI-EIG n'est fait lors des CVS.</p> <p>L'ensemble des EI et EIGS ne sont pas systématiquement présentés en CVS : Cf écart N° 9.</p>

¹³ Il convient de noter qu'à l'ERRD 2023, le rapport du directeur mentionne 298 EI au 31 décembre 2023 (et non 304).

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.5	1.5.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<u>Déclaration et analyse des chutes.</u>	<p>Les chutes sont comptabilisées et analysées à l'occasion des COPIL qualité de la MRG. Elles sont renseignées comme des « EI prise en charge » dans les comptes rendus fournis.</p> <p>Le COPIL qualité du 16 janvier 2024 revient sur le bilan EI de l'année 2023 où les chutes représentent 27% des événements indésirables relatifs à la prise en charge de 2023 (soit 27% de 170 EI, c'est-à-dire 46 chutes). 71% ont été classées comme « sans gravité », 19% ont nécessité des soins réalisés sur place et 10% ont nécessité un transfert aux urgences qui a été déclaré à l'ARS (les données disponibles à l'agence ne sont pas totalement concordantes : Cf point 1.5.6. du rapport). Sont également présentés cinq EIG relatifs à des chutes en 2023 : quatre où le professionnel n'a pas consulté le plan de soin avant le transfert du résident et une chute de nuit sans passage de soignant dans la chambre du résident. Quatre retours d'expérience ont été organisés : trois portant sur « le transfert des habitants, les chutes et les moyens de prévention » et une sur les rondes obligatoires pour les équipes de nuit.</p> <p>La mise en place d'actions de suivi et de sensibilisation autour des chutes est un item qui apparaît dans le plan d'amélioration de la qualité en 2023 et 2024.</p> <p>Selon les entretiens, les chutes sont tracées dans le logiciel de soins [REDACTED]™ et les plus graves sont déclarées sur [REDACTED]™.</p> <p>En 2023, 558 chutes sont déclarées sur [REDACTED]™ et concernent 216 résidents. 5 chutes avec gravité ont été déclarées sur le logiciel qualité [REDACTED]™.</p> <p>Il ressort des entretiens menés que, pendant les heures ouvrables, le médecin référent du résident ou en dehors des heures ouvrables, le médecin de garde, sont systématiquement informés de la survenue d'une chute chez un résident. Les médecins le consultent systématiquement dans les suites immédiates de sa chute.</p> <p>L'analyse des dossiers médicaux a permis d'identifier, d'une part des chutes déclarées qui ne sont pas suivies d'une observation médicale post-chute, et, d'autre part des observations médicales de constat de chute qui ne sont pas précédées d'une déclaration de chute dans le logiciel de soins [REDACTED]™.</p> <p>En cas de chute ayant des conséquences graves (e.g. fracture, décès), le cadre de santé référent du résident ou l'infirmière référente réalisent une déclaration de chute dans le logiciel de gestion de la qualité Blue MED! [REDACTED]™.</p> <p>Une conduite à tenir en cas de chute (Réf. : Procédure 001, version 5 validée le 19 décembre 2022) est élaborée. Cette procédure, qui s'adresse aux : médecins, cadres de santé, IDE, AS, rééducateurs, agents hôteliers, décrit étape par étape les actions à réaliser lorsqu'une chute survient chez un résident. Il convient de noter que cette conduite à tenir indique que, le témoin, lorsqu'il est soignant, doit rechercher chez le résident chuteur des signes de gravité de chute. Ces signes, qui peuvent être classés en trois catégories, ne sont pas tous présentés dans cette conduite à tenir.</p>
<p>Remarque 19 : La conduite à tenir en cas de chute fait référence à des signes de gravité, mais elle ne les présente pas explicitement.</p>				

N°BAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires												
				<p><u>Analyse par la mission des chutes survenues pendant la période juin 2023 – juin 2024 au sein de l'EHPAD Rothschild :</u></p> <p>Cette analyse vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dénombrer les chutes survenues sur la période analysée, ainsi que le nombre de résidents chuteurs ; - Evaluer la mise en place chez les résidents chuteurs d'une prise en charge rééducative de type kinésithérapie ; - Evaluer la prise en charge de kinésithérapie, à savoir : <ul style="list-style-type: none"> o La traçabilité dans le dossier médical du résident chuteur de la réalisation du bilan de prise en charge initial ; o La traçabilité dans le dossier médical du résident chuteur des bilans de suivi. <p>Ces objectifs ont été analysés en utilisant <i>le fichier d'analyse des dossiers médicaux</i>. Ce fichier est présenté en annexe du rapport.</p> <p>Les caractéristiques épidémiologiques de l'échantillon analysé sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âge moyen : 85 ans (étendue 54 - 102 ans) ; - Sexe féminin : 84 personnes ; - Antécédents de chute : 36 résidents ; - Antécédents de troubles de la marche : 12 résidents. <p>273 chutes sont survenues pendant la période d'étude analysée, chez 58 résidents.</p> <p>La distribution de leur fréquence de survenue est présentée dans le Tableau 2.</p> <p>Tableau 2 : Distribution du nombre de chutes selon leur fréquence de survenue</p> <table border="1" data-bbox="784 861 1534 1021"> <thead> <tr> <th>Nombre de chutes/un an</th> <th>Nombre de résidents</th> <th>Pourcentage (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Aucune</td> <td>62</td> <td>51,7</td> </tr> <tr> <td>Une chute</td> <td>21</td> <td>17,5</td> </tr> <tr> <td>Deux chutes ou plus</td> <td>37</td> <td>30,8</td> </tr> </tbody> </table> <p>Pour les trente-sept résidents, qui ont fait deux chutes ou plus durant la dernière année, trente-trois ont une prescription de kinésithérapie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vingt-et-un ont eu un bilan de kinésithérapie initial, dont dix-huit ont été évalués par les kinésithérapeutes au moyen des tests : <ul style="list-style-type: none"> o D'évaluation du risque de chutes (i.e. test de Tinetti), et o D'évaluation des possibilités motrices et posturales minimales du résident (i.e. test moteur minimum/TMM) ; o Deux résidents étaient non-évaluables au moyen de ces deux types de tests ; - Trente-trois ont eu une/plusieurs observations de kinésithérapie de suivi. 	Nombre de chutes/un an	Nombre de résidents	Pourcentage (%)	Aucune	62	51,7	Une chute	21	17,5	Deux chutes ou plus	37	30,8
Nombre de chutes/un an	Nombre de résidents	Pourcentage (%)														
Aucune	62	51,7														
Une chute	21	17,5														
Deux chutes ou plus	37	30,8														

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<div data-bbox="891 268 2056 395" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Écart 11 : Bien qu'une prescription de kinésithérapie soit réalisée pour les résidents qui font des chutes à répétition, lors de leur prise en charge en kinésithérapie, la traçabilité du bilan initial et notamment des tests évaluant les capacités motrices des résidents (i.e. test de Tinetti, TMM) n'est pas systématique, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R4321-2 du CSP¹⁴.</p> </div> <p>Dans le projet de soins du projet d'établissement 2022-2027, il est indiqué « Les professionnels analysent régulièrement les chutes dans les pôles et veillent à améliorer la prévention et la prise en soins des chutes ». Dans la procédure chute, il est prescrit d'« Organiser la réalisation d'un bilan des chutes du pôle avec les rééducateurs tous les trimestres échus (31 mars, 30 juin, 30 septembre, 30 décembre) ». La mission inspection n'a pas trouvé de trace de ces réunions. Lors des entretiens avec les différents personnels de rééducation : diététicienne, kinésithérapeute, aucun élément apportant la preuve d'un travail pluridisciplinaire sur les chutes n'a été évoqué.</p> <p>Les personnels sont régulièrement sensibilisés à la prévention des chutes. En 2022, dans l'autodiagnostic de l'établissement, il est cité l'amélioration de l'intégration des vacataires. En 2023, est préconisé dans ce même document la mise à jour des tâches IDE et AS pour le travail en binôme notamment lors des transferts.</p> <p>En juillet 2023, un RETEX a été organisé suite au décès d'une résidente qui avait chuté. [REDACTED] a indiqué que 7 signalements ont été faits à l'ARS en 2023. Il s'agit surtout de chutes dues à la non-observance du plan de soins lors du lever et des transferts de résidents et de la non-utilisation du matériel ergonomique à disposition.</p> <p>Les 4 chutes à Guilla et celle de Difza n'ont pas été recensées dans le document EI-Plaintes du 1^{er} trimestre du pôle transmise à la mission.</p> <p>Un document intitulé « Recueil des indicateurs du suivi de la démarche qualité en lien avec l'évaluation interne » a été transmis à la mission : le taux de chute par an et le taux de résident ayant chuté par an ne sont pas renseignés depuis 2021.</p> <div data-bbox="891 890 2056 957" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Écart 12 : En ne garantissant pas un travail pluridisciplinaire d'analyse et de prévention autour du risque de chute du résident, l'établissement contrevient aux articles L.311-3 et D312-155-0,1,2° du CASF.</p> </div>

¹⁴ Article R4321-2 du CSP : « Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés.

Ce bilan est tenu à la disposition du médecin prescripteur.

N°GAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.5	1.5.6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<u>Le signalement aux autorités administratives compétentes</u>	<p>Selon le rapport du directeur à l'ERRD 2023 et le bilan des EI/EIG 2023 de la MRG fait à l'occasion du COPIL qualité du 16 janvier 2024, 7 EI ont été déclarés à l'ARS en 2023. Ils ont porté sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> 4 concernant la non-consultation des plans de soins avant un transfert par le professionnel entraînant une chute (dont un EIG par chute ayant entraîné l'hospitalisation puis le décès d'une résidente) 1 concernant la chute d'une résidente la nuit sans passage d'un soignant 1 concernant la suspicion d'agression sexuelle 1 EIG concernant la non-administration d'un médicament à l'aide d'une pompe. <p><u>Selon les informations détenues dans les bases de données de l'ARS</u>, seuls deux dysfonctionnements et événements indésirables graves associés aux soins ont été déclarés à l'ARS en 2023, l'un le 15 mai 2023 pour un événement survenu le 13 avril, et le deuxième a été déclaré le 24 juillet 2023. En revanche, sur l'année 2023, sept plaintes ont été réceptionnées à l'ARS dont deux concernant les 2 EIG déclarés. Les 7 plaintes ont fait l'objet d'une instruction et de demande d'éléments à l'établissement.</p> <p>Le tableau ci-après établit un bilan des réclamations et des signalements effectués par l'établissement sur la période d'avril 2020 à avril 2023. Le nombre de déclaration d'EIG par l'établissement auprès de l'ARS apparaît sous-évalué.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires																												
			<p>4/ GESTION DES RISQUES</p> <p>Source: SIREC, SIVSS, Traitement DNUM - Matrice de ciblage 09/23</p> <table border="1" data-bbox="788 359 1646 893"> <thead> <tr> <th></th> <th data-bbox="1034 359 1258 422">Avril 2020-Avril 2023</th> <th></th> <th data-bbox="1496 359 1639 422">Avril 2020-Avril 2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="788 422 1034 550">Nombre de réclamations usagers sur la période</td> <td data-bbox="1034 422 1258 550">10</td> <td data-bbox="1258 422 1496 550">Total des déclaration (dysfonctionnements + EIGS + EIAS) sur la période</td> <td data-bbox="1496 422 1639 550">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="788 550 1034 670">Recla IGAS : Problème d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement ou du service</td> <td data-bbox="1034 550 1258 670">3</td> <td data-bbox="1258 550 1496 670">Dont Nombre d'EIGS sur la période</td> <td data-bbox="1496 550 1639 670">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="788 670 1034 718">Recla IGAS : Problème de qualité des soins médicaux</td> <td data-bbox="1034 670 1258 718">2</td> <td data-bbox="1258 670 1496 718">Dont Nombre d'EIAS sur la période</td> <td data-bbox="1496 670 1639 718">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="788 718 1034 798">Recla IGAS : Problème de qualité des soins paramédicaux</td> <td data-bbox="1034 718 1258 798">0</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="788 798 1034 845">Recla IGAS : Mise en cause attitude des professionnels</td> <td data-bbox="1034 798 1258 845">3</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="788 845 1034 893">Recla IGAS : Informations et droits des usagers</td> <td data-bbox="1034 845 1258 893">3</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="788 941 2027 973">Pour 2024, il a été confié à la mission que trois dysfonctionnements étaient survenus au jour de l'inspection. Deux ont été déclarés à l'ARS.</p> <div data-bbox="907 981 2060 1053" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Écart 13 : Certains dysfonctionnements survenus dans l'EHPAD n'ont pas été déclarés aux autorités de contrôle et de tarification ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.</p> </div>		Avril 2020-Avril 2023		Avril 2020-Avril 2023	Nombre de réclamations usagers sur la période	10	Total des déclaration (dysfonctionnements + EIGS + EIAS) sur la période	4	Recla IGAS : Problème d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement ou du service	3	Dont Nombre d'EIGS sur la période	1	Recla IGAS : Problème de qualité des soins médicaux	2	Dont Nombre d'EIAS sur la période	1	Recla IGAS : Problème de qualité des soins paramédicaux	0			Recla IGAS : Mise en cause attitude des professionnels	3			Recla IGAS : Informations et droits des usagers	3			
	Avril 2020-Avril 2023		Avril 2020-Avril 2023																													
Nombre de réclamations usagers sur la période	10	Total des déclaration (dysfonctionnements + EIGS + EIAS) sur la période	4																													
Recla IGAS : Problème d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement ou du service	3	Dont Nombre d'EIGS sur la période	1																													
Recla IGAS : Problème de qualité des soins médicaux	2	Dont Nombre d'EIAS sur la période	1																													
Recla IGAS : Problème de qualité des soins paramédicaux	0																															
Recla IGAS : Mise en cause attitude des professionnels	3																															
Recla IGAS : Informations et droits des usagers	3																															

2. Fonctions support

2.1. Gestion des ressources humaines

N°BAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.1	2.1.1	Gestion des ressources humaines	Les effectifs professionnels	<p>Selon les listings de personnel remis :</p> <p>-au mois de mars 2024, l'EHPAD MRG comptait 353,78 ETP répartis entre 475 personnes physiques. 92,79 ETP concernaient des CDD, soit 26,2% des ETP, et près de 261 ETP concernaient des CDI.</p> <p>-au mois de mai 2024, l'EHPAD MRG comptait 369,8 ETP répartis entre 484 personnes physiques. 105,2 ETP étaient pourvus par des CDD, soit 28,4% des ETP contre 264,6 ETP pourvus par des CDI.</p> <p>En 2023, à l'ERRD, les effectifs s'élèvent à 335,33 ETP dont 230, 67 en CDI et 20,20 en intérim. Le reste (84,46 ETP) est pourvu en CDD, soit 25,2%.</p> <p>La mission note que la pratique du recours aux CDD est ancrée dans les pratiques de gestion RH de l'établissement et que les chiffres ont tendance à augmenter. Lors de l'étude des dossiers administratifs du personnel, sur l'échantillon analysé, la mission a noté que la majorité des personnes en CDI avait cumulé un ou plusieurs CDD avant d'être engagé en CDI.</p> <p>L'établissement n'a pas été en mesure de fournir la liste et le nombre précis de ses ETP vacants, ce qui démontre le recours abusif aux CDD afin de pourvoir des postes liés à l'activité normale de l'établissement.</p> <p>Selon les entretiens, [REDACTED].</p> <p>[REDACTED] entend mettre un terme à la proposition historique et systématique d'un CDD avant CDI et ambitionne de recevoir les CDD « permanents » pour leur proposer des CDI. Un plan d'actions RH visant à favoriser le recrutement et à fidéliser les personnels est en cours d'élaboration.</p>

N°DAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																							
				<table border="1" data-bbox="788 231 1355 638"> <thead> <tr> <th>PERSONNEL</th> <th>ETP BUDGET</th> <th>ETP REEL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Direction Administration</td> <td>27,77</td> <td>20,97</td> </tr> <tr> <td>ASH Agents de service affectés</td> <td>118,69</td> <td>98,35</td> </tr> <tr> <td>Cuisine, Services Généraux, Diététicien</td> <td>13,10</td> <td>8,72</td> </tr> <tr> <td>Infirmière</td> <td>39,19</td> <td>44,15</td> </tr> <tr> <td>Aide-Soignante, AMP</td> <td>133,25</td> <td>138,48</td> </tr> <tr> <td>Autres Auxiliaires Médicaux</td> <td>7,80</td> <td>4,65</td> </tr> <tr> <td>Médecin</td> <td>3,99</td> <td>6,19</td> </tr> <tr> <td>Animation, Service Social</td> <td>6,10</td> <td>3,13</td> </tr> <tr> <td>Pharmacien, préparateur en pharmacie</td> <td>5,50</td> <td>6,61</td> </tr> <tr> <td>Psychologue</td> <td>3,00</td> <td>2,76</td> </tr> <tr> <td>Autre personnel</td> <td>1,00</td> <td>1,34</td> </tr> <tr> <td>TOTAUX</td> <td>359,39</td> <td>335,33</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="1366 231 1904 319">La répartition du personnel en fonction des catégories de personnel est la suivante sur les effectifs 2023. (source : rapport du directeur à l'ERRD 2023).</p> <p data-bbox="772 646 2049 734">Selon le calcul des ratios utilisés dans le CPOM de l'ARS IDF afin de déterminer les effectifs nécessaires pour la bonne prise en charge en soins, au regard du nombre de lits en Hébergement permanent (HP) et du GMP et PMP validés, les nombre minima requis en IDE et AS sont les suivants : 34,75 IDE et 120 AS.</p> <p data-bbox="772 742 1433 774">Les calculs pour obtenir ces résultats reposent sur les formules suivantes :</p> <p data-bbox="772 782 1624 813">Pour la charge en soins : Capacité HP x PMP / total ETP IDE, si > 4300 cela traduit un manque</p> <p data-bbox="772 821 2049 853">Pour la charge en dépendance : Capacité HP x GMP / total ETP AS + AMP+ AES, si > 3200 cela traduit un manque)</p> <p data-bbox="772 885 2049 973">Selon le tableau des effectifs du mois de mars 2024 (pièce transmise dans le cadre du CPOM) : l'établissement comptabilise 13,7 ETP d'IDE en CDI (dont 3,78 ETP nuit) et 90,17 ETP AS en CDI, plus 1 ASG, plus 6,02 ETP d'AMP en CDI, soit 97,19 ETP en CDI. A ces effectifs, se rajoutent les CDD qui sont en nombre très important sur l'établissement.</p> <p data-bbox="772 981 2049 1069">Ainsi les ratios d'IDE et d'AS/AES/AMP en CDI sont très en deçà des ratios requis : pour les IDE 13,7 ETP en CDI moins une démissionnaire au 1^{er} juillet (information issue des entretiens), soit 12,7 CDI versus 34,75 ETP requis. Pour la charge en dépendance : 97,19 ETP en CDI versus 120 ETP requis.</p> <div data-bbox="891 1114 2049 1241" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Écart 14 : Les ETP en CDI d'IDE et d'AS/AES/AMP ne permettent pas de faire face à la charge d'activité normale en soins et en dépendance de l'établissement. Le recours de manière structurelle aux contractuels n'apporte pas de garantie suffisante quant à la qualité de la prise en charge et la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L 311-3 du CASF ainsi qu'au respect des critères d'encadrement définis dans le CPOM en cours de négociation.</p> </div> <p data-bbox="772 1252 2049 1308">En prenant en compte les CDD, le ratio AS/ AMP/AES apparaît suffisant (151,48 ETP en mars 24). Celui en IDE demeure insuffisant (30,73 ETP en mars 24 versus les 34,75 ETP requis) mais les conditions d'encadrement sont respectées si tous les cadres de soins (lesquels sont en CDI)</p>	PERSONNEL	ETP BUDGET	ETP REEL	Direction Administration	27,77	20,97	ASH Agents de service affectés	118,69	98,35	Cuisine, Services Généraux, Diététicien	13,10	8,72	Infirmière	39,19	44,15	Aide-Soignante, AMP	133,25	138,48	Autres Auxiliaires Médicaux	7,80	4,65	Médecin	3,99	6,19	Animation, Service Social	6,10	3,13	Pharmacien, préparateur en pharmacie	5,50	6,61	Psychologue	3,00	2,76	Autre personnel	1,00	1,34	TOTAUX	359,39	335,33
PERSONNEL	ETP BUDGET	ETP REEL																																									
Direction Administration	27,77	20,97																																									
ASH Agents de service affectés	118,69	98,35																																									
Cuisine, Services Généraux, Diététicien	13,10	8,72																																									
Infirmière	39,19	44,15																																									
Aide-Soignante, AMP	133,25	138,48																																									
Autres Auxiliaires Médicaux	7,80	4,65																																									
Médecin	3,99	6,19																																									
Animation, Service Social	6,10	3,13																																									
Pharmacien, préparateur en pharmacie	5,50	6,61																																									
Psychologue	3,00	2,76																																									
Autre personnel	1,00	1,34																																									
TOTAUX	359,39	335,33																																									

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>sont comptabilisés (presque 37 ETP), ce qui supposerait qu'ils assument des missions d'IDE, ce qui n'est pas le cas, leurs missions étant différentes.</p> <p>En effet, les entretiens menés par la mission ne permettent pas d'affirmer que les cadres de soins pallient les absences d'IDE. La fiche de poste de cadre de santé responsable d'un pôle transmise à la mission évoque uniquement un soutien et un accompagnement des équipes mais d'un point de vue coordination, contrôle et management.</p> <p>Les effectifs de charge en soins et dépendance à l'ERRD 2023 sont conformes du fait des emplois de contractuels. Le recours massif aux contractuels pose question sur la continuité de la prise en charge, sur l'investissement de personnes qui s'inscrivent sur des temps courts et in fine, sur la qualité de la prise en charge, du fait de possibles méconnaissances des procédures, du respect des plans de soins ou des traçabilités. Ces difficultés ont été mises en lumière dans les EIG et réclamations transmises à l'ARS sur 2022 et 2023.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Remarque 20 : Le ratio IDE demeure insuffisant même si les CDD sont pris en compte : 30,73 ETP réels en mars 24 versus les 34, 75 ETP requis selon le CPOM.</p> </div> <p>S'agissant des qualifications du personnel, la mission a demandé la transmission de tous les diplômes du personnel soignant et d'accompagnement des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les IDE (45 IDE sur le mois de mai 2024) : 35% des diplômes (16) ont été transmis. Les diplômes transmis concernent majoritairement les IDE en CDI, dites « à temps complet » (15) et un seul diplôme a été transmis pour les IDE dites « à temps intermittent ». - Pour les AS (204 sur le mois de mai 2024) : seuls 45,5% des diplômes ont été transmis (101) dont 91% concernent les AS « à temps complet » (soit 92). 9 diplômes ont été transmis pour les AS à temps intermittent, soit 9% des AS à temps intermittent. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Remarque 21 : En l'absence de transmission des diplômes, en particulier pour les vacataires et au regard du nombre de vacataires, la direction de l'établissement n'est pas en mesure de garantir la qualification des personnels intervenant auprès des résidents.</p> </div> <p>Non seulement, aucune garantie n'est apportée sur la qualification des professionnels vacataires, mais de surcroit la grande majorité des professionnels ne porte pas de badge, rendant leur identification impossible. Selon les entretiens familles, cela induit une forme "d'impunité", de comportements « limites », faute de pouvoir être identifié.</p> <p>Selon le fichier du personnel transmis (mai 2024), on constate que les IDE fixes (en personnes physiques) sont majoritairement affectées sur Malka puis sur Guila :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur 11 IDE de jour, 6 sont affectées sur Malka (Soit plus de 50%) et 3 sont affectées à Guila, ensuite 1 à Dilza et 1 à Rina. - Sur 5 IDE de nuit : 3 sont affectées à Malka et 2 à Guila. <p>Pour mémoire, la répartition cible en journée des IDE et des AS selon les pôles est la suivante :</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires					
				Répartition cible personnel	GUILA	MALKA	RINA	DITZA	TOTAL
				IDE jour Personnes physiques	5	5	2	2	14
				IDE jour %	36%	36%	14%	14%	100%
				AS jour pers. physiques	17	24	8	9	58
				AS jour %	29%	41%	14%	16%	100%
				<p>S'agissant des AS de jour, sur 58 diplômées, 24 sont affectées sur Malka, puis 18 sur Guila, enfin 10 sur Ditzza et 6 sur Rina. Pour la nuit, en revanche, les AS fixes diplômées sont majoritairement affectées à Ditzza (10 sur 23, puis Malka avec 8 AS et enfin Guila avec 5 AS).</p> <p>La mission constate ainsi que la répartition du personnel AS « fixe » entre les bâtiments et les pôles de soins est proportionnelle à la répartition de l'organisation cible. En revanche, la répartition des IDE « fixes » entre les pôles n'est pas proportionnelle à l'organisation cible et privilégie Malka.</p>					
				<p>Remarque 22 : La répartition du personnel IDE fixe (CDI) entre les bâtiments n'est pas homogène, ce qui est susceptible d'induire une moindre qualité des prises en charges dans certains pôles.</p>					
2.1	2.1.2	Gestion des ressources humaines	Les contrats de travail	<p>Selon le rapport financier du directeur sur l'exercice 2023, le recours à l'intérim a fortement baissé entre 2022 et 2023. Cette baisse s'explique par l'arrêt du recours à l'intérim pour les fonctions d'aides-soignantes. Les remplacements d'AS sont désormais facilités par le recours à l'application [REDACTED] dédié à la gestion des remplacements et des recrutements de contrat à durée déterminée (CDD). En 2022, le recours à l'intérim représentait 36,8 ETP contre 20,20 ETP en 2023. L'intérim reste utilisé pour les remplacements d'infirmiers.</p> <p>En 2023, les 335,33 ETP de la structure se répartissent de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 230, 67 ETP en CDI, soit 68, 8 % des effectifs totaux. • 84, 46 ETP en CDD, soit 25,2 % • 20, 20 ETP en intérim, soit 6% <p>Les CDD représentent ainsi plus d'un quart des effectifs, les CDD et l'intérim plus de 30% sur l'année 2023. Sur les effectifs du mois de mars 2024, les effectifs en CDD s'élèvent à plus de 35% du personnel en ETP, toutes catégories de personnel confondues. Le taux de recours aux CDD est particulièrement important pour les fonctions soignantes : pour la catégorie AS de jour, le nombre d'ETP couverts en CDD s'élève à 42% (46,4 ETP sur un total de 64, 38 ETP) et pour la catégorie IDE, le nombre de CDD représente 61,5 % des ETP (15,8 ETP sur 25, 7 ETP).</p>					

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires																														
				<p>Remarque 23 : L'EHPAD MRG conclut de façon récurrente des CDD, en particulier sur les fonctions d'aide-soignant et d'IDE afin de pourvoir durablement des emplois liés à son activité normale. cf écart 15.</p> <p>S'agissant des heures supplémentaires, l'examen d'un échantillon des bulletins de salaires du mois de mai 2024 fait apparaître plusieurs personnels (IDE et AS ou AES) contractuels et titulaires qui dépassent le nombre d'heures supplémentaires maximum annuel qui est de 220h par salarié et par an.</p> <p>Vérification sur 12 contractuels ayant effectué des heures supplémentaires : 5 dépassent le plafond annuel.</p> <p>Vérification sur 18 CDI, 2 AS de nuit dépassent le plafond annuel avec respectivement 332h et 363 heures supplémentaires sur les 5 premiers mois de l'année.</p> <p>Remarque 24 : Plusieurs salariés, qu'ils soient en CDD ou en CDI dépassent à la fin du mois de mai 2024 le plafond annuel d'heures supplémentaires tel qu'il est réglementé par le code du travail.</p>																														
2.1	2.1.3	Gestion des ressources humaines	<u>Le taux d'absentéisme</u>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Autres indicateurs RH (%)</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>Médiane IDF 2022</th> <th>Médiane Nationale 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Taux de rotation des personnels (%)</td> <td>13,61</td> <td>18,73</td> <td>15,00</td> <td>15,00</td> </tr> <tr> <td>Taux d'absentéisme (Total en %)</td> <td>17,65</td> <td>17,80</td> <td>11,76</td> <td>12,1</td> </tr> <tr> <td>Taux d'ETP vacants (%)</td> <td>22,48</td> <td>24,47</td> <td>3,26</td> <td>2,5</td> </tr> <tr> <td>Taux de prestations externes (intérim, honoraires) sur les prestations directes (% des dépenses de personnel)</td> <td>8,28</td> <td>16,66</td> <td>1,92</td> <td>2,91</td> </tr> <tr> <td>Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management (%)</td> <td>5,52</td> <td>4,63</td> <td>5,48</td> <td>4,8</td> </tr> </tbody> </table> <p>Le tableau ci-dessus retrace les indicateurs des tableaux de bord de la performance. Les données confirment un taux d'absentéisme particulièrement élevé (proche de 18%). Toutefois, la répartition de l'absentéisme par catégorie révèle un taux d'absentéisme pour maladie ordinaire très faible (0,1%). Les taux d'absentéisme sont plus élevés pour maladie de longue durée (5,2%), accidents du travail et maladies professionnelles (4,3%) et maladie de moyenne durée 4%. Les congés spéciaux dont les congés sans solde sont importants car ils représentent 3,3%.</p> <p>D'après les données du bilan social, l'absentéisme a représenté 20 422 journées d'absence en 2022 et 24 617 journées en 2023.</p>	Autres indicateurs RH (%)	2021	2022	Médiane IDF 2022	Médiane Nationale 2022	Taux de rotation des personnels (%)	13,61	18,73	15,00	15,00	Taux d'absentéisme (Total en %)	17,65	17,80	11,76	12,1	Taux d'ETP vacants (%)	22,48	24,47	3,26	2,5	Taux de prestations externes (intérim, honoraires) sur les prestations directes (% des dépenses de personnel)	8,28	16,66	1,92	2,91	Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management (%)	5,52	4,63	5,48	4,8
Autres indicateurs RH (%)	2021	2022	Médiane IDF 2022	Médiane Nationale 2022																														
Taux de rotation des personnels (%)	13,61	18,73	15,00	15,00																														
Taux d'absentéisme (Total en %)	17,65	17,80	11,76	12,1																														
Taux d'ETP vacants (%)	22,48	24,47	3,26	2,5																														
Taux de prestations externes (intérim, honoraires) sur les prestations directes (% des dépenses de personnel)	8,28	16,66	1,92	2,91																														
Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management (%)	5,52	4,63	5,48	4,8																														

N°GAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Les données confirment également un taux de rotation important et un taux d'ETP vacants en hausse entre 2021 et 2022 (période épidémique COVID-19) et plus de 7 fois supérieur au taux régional. En nombre d'ETP, cela représente 94,41 postes en 2022 dont 50 sur la fonction soins et 21, 6 sur la fonction socio-éducative.</p> <p>Selon les entretiens, l'absentéisme a été identifié comme particulièrement problématique au sein de l'EHPAD et situé à un niveau tel qu'il peut désorganiser les services.</p> <p>Des témoignages de personnels et de familles ont été entendus sur des résidents en fauteuil non levés, non habillés faute de personnel en nombre suffisant. De la même manière, faute de temps, les résidents ne sont pas amenés aux toilettes lorsqu'ils en font la demande au motif qu'ils peuvent « faire » dans leur protection ; ou encore, il a été fait mention que les repas étaient « expédiés »</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 15 : Le niveau d'absentéisme et le taux de vacance au sein de l'EHPAD entraînent des répercussions sur l'accompagnement des résidents, ce qui contrevient à l'article à l'article L 311-3 3° du CASF.</p> </div>
2.1	2.1.4	Gestion des ressources humaines	<u>Les dossiers administratifs des professionnels</u>	<p>La mission a consulté 29 dossiers administratifs de professionnels dont 20 salariés en CDI et 9 en CDD (AS ; psychologue ; agent hôtelier ; agent de restauration ; AMP ; auxiliaire de vie sociale ; agent d'hygiène ; secrétaire médicale ; IDE).</p> <p>La mission note au préalable que parmi les 20 dossiers de professionnels en CDI examinés, 16 ont travaillé en CDD à la MRG avant de signer un CDI. Ce constat étaye les propos entendus en entretien selon lesquels la direction précédente ne proposait pas directement de CDI aux postulants qui se voyaient proposer d'abord un CDD. Cela peut expliquer en partie le nombre particulièrement important de personnels en CDD au sein de l'établissement.</p> <p>Chaque dossier contient la liste des documents à fournir par le salarié à l'embauche ; les pièces présentes y sont cochées.</p> <p>La complétude est variable selon les dossiers analysés.</p> <p><u>Ceux des professionnels en CDD (soit 9 dossiers) contiennent :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - le contrat de travail (CDD d'un jour, de quelques jours, voire d'un mois ; un agent a signé 16 CDD) ; - la fonction ; la qualification est précisée pour quelques dossiers ; - le diplôme ; - le casier judiciaire N°3 n'est retrouvé que dans un seul dossier, et la mission n'a pas constaté d'éléments de traçabilité de la vérification des casiers judiciaires dans les autres dossiers ; - la fiche de poste n'est pas systématiquement présente <p><u>Ceux des professionnels en CDI (soit 20 dossiers) renferment :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - les contrats de travail ; - les diplômes (présents dans 18 dossiers) ; - les fiches de poste (dans 8 des dossiers) ;

N°IGAB	N°ELONE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>- l'entretien professionnel (dans 15 dossiers) ;</p> <p>- des attestations de formation suivies (dans 15 dossiers) ;</p> <p>- le casier judiciaire (N°3) (dans 3 dossiers et pas de traçabilité de vérification dans les autres dossiers).</p> <p>Le titre de séjour d'un des professionnels est échu.</p> <div data-bbox="792 395 2051 464" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 25 : Les dossiers administratifs des professionnels ne contiennent pas systématiquement les pièces essentielles constitutives d'un dossier individuel du personnel (diplôme ; fiche de poste ; entretien professionnel).</p> </div> <p>Il n'y a pas de fichier permettant de tracer la vérification systématique des casiers judiciaires. La direction de l'EHPAD se doit de contrôler les incapacités d'exercer de ses professionnels tant permanents qu'occasionnel auprès des populations vulnérables afin de garantir la sécurité des résidents, conformément aux dispositions des articles L133-6, L 311-3 et L312-1 II du CASF.</p> <div data-bbox="792 612 2051 703" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 26 : L'absence de tableaux de bord ou d'outils de traçabilité sur la vérification des casiers judiciaires des personnels ne permet pas de garantir le contrôle par l'établissement des incapacités d'exercer liées à des condamnations soit pour un crime soit pour les délits énumérés à l'article L 133-6 du CASF.</p> </div> <p>L'inscription à l'ordre ne fait pas partie des pièces demandées à l'embauche, ce qui ne permet pas à la direction de garantir l'autorisation d'exercice des personnels relevant d'un ordre au sein de son établissement. La mission qui a procédé à la vérification de l'inscription à l'ordre, via annuaire santé, n'a pas retrouvé de trace d'une des IDE.</p> <div data-bbox="898 815 2051 938" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Écart 16 : L'établissement ne procède pas à la vérification de l'inscription à l'ordre des professionnels relevant d'une compétence ordinale, ce qui ne lui permet pas de s'assurer de l'exercice légal de ces professionnels, et contrevient à l'article L 4311-15 du CSP pour les IDE, à l'article L4111-1 pour les médecins et à l'article L4321-10 pour les kinésithérapeutes.</p> </div> <p>A noter : La mission a procédé à la vérification de l'authenticité des diplômes des professionnels de soins transmis. Il s'avère que deux professionnels disposent d'un diplôme d'auxiliaire en gériatrie délivré par le centre de formation [REDACTED]. Cette formation et ce centre de formation ne sont pas recensés sur le site du répertoire national des certifications professionnelles (RNCP). Cette formation n'a donc pas de reconnaissance officielle et n'a aucune valeur. Toutefois, les professionnels concernés occupent des fonctions d'ASH et ne font a priori pas de soins.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.1	2.1.5	Gestion des ressources humaines	Les prestataires externes	<p>Certains services qui ne relèvent pas directement du soin sont confiés à des prestataires externes. Il s'agit de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La sécurité incendie - La restauration - La maintenance des installations techniques (chauffage, ventilation, climatisation, eau chaude sanitaire) - Du nettoyage du linge plat et des vêtements de travail - De l'entretien des parties communes hors hébergement. <p>S'agissant des prestations de soins, l'établissement a communiqué les conventions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Convention avec un centre de radiologie, signée le 12 avril 2018 par les radiologues, mais pas par le directeur de la MRG. La convention d'une durée initiale d'un an est renouvelable par tacite reconduction. - Convention avec un centre de santé dentaire, conclue pour une durée de 1 an à compter du 1er décembre 2021 et renouvelable par accord express des deux parties en vue de consultations dans un bureau équipé de la MRG sur une demi-journée par semaine, a minima de 14h à 17h. - Convention avec une orthophoniste pour une présence et des consultations le vendredi après-midi de 13h30 à 17h. La convention est établie pour un an à compter du 2 septembre 2021, renouvelable par accord express des deux parties - Deux conventions avec des masseurs-kinésithérapeutes en vue de 5 demi-journées de présence sur la semaine du lundi au vendredi avec une moyenne de [REDACTED], soit [REDACTED]. La prestation est forfaitaire et il est stipulé que les masseurs-kinésithérapeutes peuvent intervenir selon les besoins et à la demande de l'établissement au sein de l'USS. Le premier contrat est à prise d'effet au [REDACTED] et le deuxième au [REDACTED], tous les deux sont à échéance du 30 juin 2021 et renouvelés uniquement par voie d'avenant. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 17 : Les conventions transmises relatives aux interventions de professionnels de santé libéraux ne sont pas valides, soit en raison du défaut de signature, soit par défaut d'accord express du renouvellement de la convention, soit par défaut d'avenant pour le renouvellement de la convention. En ce sens, le défaut de contrat valide portant sur les conditions d'exercice des professionnels libéraux contrevient à l'article L 314-12 du CASF. De surcroît, les conventions ne prévoient pas les modalités de formation du professionnel libéral, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R313-30-1 du CASF.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 18 : Les conventions avec les masseurs-kinésithérapeutes ne mentionnent pas l'obligation faite aux kinésithérapeutes d'établir un bilan kinésithérapique, ce qui contrevient à l'article R 4321-2 du code de la santé publique.</p> </div>
2.1	2.1.6	Gestion des ressources humaines	Le plan de formation des professionnels	<p>L'établissement a fourni un planning annuel 2023 des formations prévues et réalisées en interne.</p> <p>Sur ce planning 2023, 30 formations étaient prévues une ou plusieurs fois dans l'année :</p>

N°IGAB	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<ul style="list-style-type: none"> - 13 concernant la prise en charge (douleur, oxygénothérapie, troubles de la déglutition, les textures et les régimes alimentaires) dont 8 ont été dispensées par des médecins, des cadres de santé ou des prestataires externes ; - 13 concernant le risque infectieux (l'hygiène des mains, les précautions standard ...) dont seulement 3 dispensées ; - 2 sur le circuit et la distribution du médicament, qui ont été dispensées ; 1 formation à [REDACTED] qui a été dispensé 7 fois ; - 1 formation logistique sur le fonctionnement de la chambre mortuaire qui n'a pas eu lieu. <p>Aucun planning ni plan de formation sur la prise en charge médicamenteuse (PECM) n'a été fourni pour 2024.</p> <p>La réalisation de formation sur la prise en charge médicamenteuse est incertaine en l'absence de transmission de preuves sur l'effectivité de formations du personnel de l'EHPAD, comme par exemple la iatrogénie médicamenteuse, la sécurisation du circuit du médicament ou la gestion des EI médicamenteux.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Remarque 27 : Aucun élément probant n'a pu être présenté concernant la réalisation de formations sur la PECM à destination des soignants.</p> </div> <p>Des formations régulières sont organisées aux gestes de premiers secours et à l'AFGSU (attestation de formation aux gestes d'urgence), comme le démontrent les attestations de formations présentes dans les dossiers du personnel (IDE).</p> <p>S'agissent des mini-formations qui seraient assurées en interne par les médecins ou les cadres de soins, la mission n'a pas pu établir le degré de réalisation effective au sein de l'EHPAD. Une cadre des soins a déclaré en réaliser sur un rythme mensuel alors que ses collègues déclarent faire des sensibilisations aux équipes. Des médecins ont déclaré que parfois à la fin des réunions d'équipe, certaines pathologies sont abordées pour sensibiliser les équipes. La mission inspection n'a pas reçu de plannings ou d'attestations de « mini formations » réalisées dans les services. Les personnels interrogés n'ont parlé d'aucune formation dispensée par l'encadrement ou un médecin coordonnateur.</p> <p>Les réalisations des mini-formations ne sont pas organisées avec un calendrier et des thématiques, ni concertées ou mutualisées au sein de l'établissement et leur réalisation est du ressort de l'encadrement médical et soignant du pôle, sans que cela soit généralisé à l'ensemble des étages du bâtiment/pôle (car 2 cadres par pôle).</p> <p>La mission remarque que les pratiques de transmissions de bonnes pratiques professionnelles par les cadres de soins et les médecins coordonnateurs ne peuvent être assimilées à des formations courtes en l'absence de programmation et formalisation. Elles ne sont pas identifiées par les professionnels comme des formations.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Remarque 28 : La réalisation de mini-formations n'est pas organisée au niveau institutionnel. Les pratiques de transmissions de bonnes pratiques professionnelles par certains cadres de soins et médecins coordonnateurs ne peuvent être assimilées à des formations courtes en l'absence de programmation et formalisation. Elles ne sont pas identifiées par les professionnels comme des formations, ce qui ne permet pas une diffusion et homogénéisation des bonnes pratiques au sein de l'EHPAD.</p> </div>

N°GAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>L'établissement s'est engagé dans le projet [redacted]™ en 2023¹⁵ et des sensibilisations à la bientraitance pour tous les professionnels ont été organisées. Aucun élément n'a été apporté pour valider, le nombre et la catégorie des agents formés.</p> <p>Selon des entretiens, tous concordants, [redacted]. De ce fait, la mission s'interroge sur la portée de ces sensibilisations et leur effet dans les pratiques quotidiennes des salariés, [redacted].</p> <p>D'autre part, au vu des entretiens réalisés auprès des familles, il apparaît que les apports de cette formation [redacted]™ n'ont pas modifié certains comportements du personnel.</p> <p>Un exemple parmi beaucoup d'autres soulevé de manière récurrente : une résidente retrouvée nue et hurlant à l'entrée de sa chambre. Aucun soignant ne lui est venu en aide alors que sa fille l'entendait hurler de loin et qu'il y avait une cadre de santé et des aides-soignantes à proximité de sa maman.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque 29 : Le défaut de portage des formations à la bientraitance ([redacted]™) par [redacted] obère sa portée et sa mise en œuvre opérationnelle par les équipes.</p> </div>
2.1	2.1.7	Gestion des ressources humaines	<u>L'aide à la mobilité/mutation des agents</u>	<p>Comme vu plus haut, l'EHPAD fonctionne avec plus d'un quart du personnel en CDD et connaît un taux de rotation relativement élevé. De ce fait, l'EHPAD MRG de la fondation de Rothschild connaît davantage une problématique de fidélisation du personnel qu'une problématique d'aide à la mobilité. Selon les bilans sociaux, en 2023, l'ancienneté moyenne au sein de l'EHPAD est la plus importante dans la catégorie « ouvrier » avec près de 16 ans, sinon l'ancienneté moyenne se situe aux alentours de 8 ans.</p> <p>Lors de l'étude des dossiers du personnel, la mission a constaté sur plusieurs contrats de travail la mention de possibilité d'exercer les missions dans un autre établissement de la fondation. Lors des entretiens menés, des professionnels ont fait part de leur changement de poste et d'évolution de carrière au sein de la MRG :</p> <ul style="list-style-type: none"> -un [redacted] ; des AS de jour qui après plusieurs années, ont demandé à travailler de nuit. Des agents ont changé de bâtiment, voire d'étage au sein d'un même bâtiment ; -un des médecins-coordonnateurs qui après avoir travaillé dans un EHPAD [redacted], a rejoint la MRG. - une des cadres de santé provient d'un autre établissement de la fondation sans que son contrat de travail n'ait fait l'objet d'un avenant (le contrat prévoyant l'exercice dans d'autres établissements de la fondation).

¹⁵ Selon entretiens et plusieurs documents officiels dont le rapport du directeur à l'ERRD 2023

N°IOAB	N°UGME	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.1	2.1.8	Gestion des ressources humaines	<u>Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels</u>	<p>Selon les entretiens, pour les contrats à durée indéterminée ou contrats à durée déterminée longue, le cadre de santé du pôle, dans lequel le nouvel arrivant va prendre ses fonctions, l'accueille lors de sa première journée de travail. Il lui indique la place de son casier, l'emmène prendre sa tenue, lui présente sa fiche de tâches, lui communique les codes de connexion aux deux logiciels (i.e. [REDACTED]™, [REDACTED]), et le met en binôme avec une AS ou une IDE fixe. Une réévaluation a lieu quinze jours plus tard : à la fois auprès du nouveau soignant, mais également auprès de l'équipe soignante qui a participé à son encadrement, afin d'apprécier son degré d'intégration dans l'équipe.</p> <p>Un entretien avec le psychologue du travail, permet au nouvel arrivant de disposer d'une formation d'une heure et demie sur les thématiques : familles à problème et communication avec les familles.</p> <p>Plusieurs classeurs comportant les protocoles et procédures de l'EHPAD MRG Rothschild sont, par ailleurs, mis à la disposition des nouveaux arrivants soignants dans certains postes de soins répartis sur les trois pôles.</p> <p>La mission a pu consulter le livret d'accueil des salariés, mis à jour en octobre 2022. Ce livret comprend une présentation de la fondation et de la MRG, des informations pratiques sur le plan des ressources humaines, des questions organisationnelles et logistiques et des conduites à tenir en prévention des risques, y compris le signalement des dysfonctionnements et événements indésirables.</p> <p>La mission note que ce livret stipule l'obligation du port du badge permettant d'identifier le nom, prénom et la fonction des personnels.</p> <p>La mission a noté lors de ses visites sur site que le port du badge n'était pas systématique.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Remarque 30 : L'absence de port systématique du badge par les personnels de la MRG contrevient aux obligations du personnel pourtant rappelées dans le livret d'accueil et les procédures formalisées.</p> </div> <p>La mission note que plusieurs pages du livret d'accueil sont consacrées au comportement professionnel attendu par l'institution vis-à-vis des résidents et de leurs familles avec le rappel des droits des résidents. La charte des droits et libertés de la personne accueillie et la charte bientraitance de la MRG figurent dans ce livret.</p> <p>Selon les entretiens, pour les contrats d'une durée égale ou supérieure à 1 mois, une journée est effectuée en doublon, et le nouvel arrivant bénéficie d'un tutorat sur une durée d'une semaine.</p> <p>Le professionnel vacataire découvre le matin même de son arrivée son lieu d'affectation et est formé par le personnel fixe présent.</p> <p>Les fiches de postes et fiches de tâches ont été formalisées. Dans certains bâtiments (DITZA), des classeurs reprennent les fiches individuelles des résidents en format papier pour faciliter la prise d'information sur les résidents.</p> <p>La direction a remis à la mission plusieurs procédures d'accueil des nouveaux arrivants : une procédure par pôle pour les nouveaux IDE, soit 3 procédures actualisées en mai 2023, ainsi qu'une procédure spécifique pour les AS et AES révisée en juillet 2023. Enfin, une procédure d'accueil stagiaire a été révisée en mars 2018 et une fiche « hôtelier » sans mention de date ni de process de validation complète le dispositif.</p> <p>Un livret d'accueil des médecins (mis à jour en janvier 2020), contenant numéros de téléphone et informations utiles, décrit l'organisation et la prise en charge et traite des observations et prescriptions médicales.</p> <p>Une procédure de la fondation a été formalisée en 2013, applicable à tous les établissements de la fondation pour organiser un parcours d'intégration des nouveaux embauchés pendant 6 mois avec l'aide d'un référent et des entretiens avec le supérieur hiérarchique de suivi d'intégration tous les deux mois pendant 6 mois. A l'issue des 6 mois, trois évaluations du parcours d'intégration sont réalisées respectivement</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>par le supérieur hiérarchique, le référent et le nouvel embauché. Cette procédure ancienne n'est pas appliquée dans le contexte environnemental et systémique de la MRG</p> <p>Il convient de remarquer que les fiches d'accueil des AS/AES et celle des hôteliers spécifient en premières actions la vérification de l'affectation sur le planning journalier affiché à côté de la badgeuse.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 31 : La procédure d'intégration des nouveaux embauchés de la fondation, ancienne, n'est pas appliquée au sein de la MRG qui dispose par ailleurs de plusieurs procédures révisées en majorité dans le courant de l'année 2023 en fonction des pôles et des fonctions du personnel et qui démontrent l'adaptation des protocoles en vue de l'accueil de personnel intérimaire ou de CDD courts avec des changements d'affectation journaliers. La mission note que les procédures méritent de nouvelles révisions en lien avec les changements intervenus au niveau de l'encadrement.</p> </div>
2.1	2.1.9	Gestion des ressources humaines	<u>Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission) et questionnaire éthique</u>	<p>Il n'existe pas d'échanges institutionnels organisés ou de questionnaire éthique posé dans les services.</p> <p>Une lettre d'engagement de la direction générale relative à une démarche éthique dans les EHPAD datant de 2021 reprend les 10 points d'attention de la « charte éthique et accompagnement du grand âge » de l'espace éthique Ile de France</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 32 : Aucune analyse de pratique n'est réalisée telle que le préconise le référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS de mars 2022</p> </div>
2.1	2.1.10	Gestion des ressources humaines	<u>Les plannings des professionnels : confection</u>	<p>Les plannings sont établis à l'avance sur un an, et même les contractuels en CDD disposent d'un planning sur l'année. Ces plannings ont été construits lors du passage en 12h pour les soignants en 2018. Ils sont fondés sur des roulements de 12 semaines avec une semaine dite blanche (la douzième semaine n'est pas travaillée).</p> <p>Les plannings sont gérés par le cadre hôtelier pour les ASH. Pour les soignants, la gestion du planning se fait en deux temps. Plusieurs modalités de gestion des plannings se sont succédées et une nouvelle organisation doit être mise en place à la rentrée.</p> <p>Les plannings sont gérés via le logiciel [REDACTED]™ qui permet de calculer automatiquement les sous-effectifs et sureffectifs par bâtiment et par étage en fonction des organisations cibles qui ont été définies.</p> <p>Ces organisations cibles diffèrent selon les bâtiments et parfois les étages des bâtiments pour tenir compte des difficultés particulières de certaines unités. Les bâtiments sont en effet spécialisés selon les profils de résidents.</p> <p>Un code couleur permet de repérer lorsque l'organisation cible est atteinte (couleur verte), lorsque l'étage est en sureffectif (couleur orange) ou lorsqu'il manque des effectifs (couleur rouge).</p> <p>Le jour de l'inspection, les plannings sont élaborés en deux temps : les cadres de soins remplissent d'abord les congés des personnels en CDI et CDD ainsi que les heures supplémentaires de leur personnel, puis une cadre de soins référente est chargée pour l'ensemble des services de l'EHPAD (jour et nuit) de s'occuper des recrutements pour les zones et les périodes en sous-effectifs.</p> <p>Ce système est en place depuis l'arrivée d'une cadre de soins issue d'un autre EHPAD de la Fondation et qui suit une formation diplômante pour accéder à des postes de direction. Il s'agit d'un dispositif transitoire, la personne n'ayant pas vocation à rester sur les mêmes missions à partir</p>

N°RAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>du mois de septembre. Auparavant, la gestion du planning revenait à un gestionnaire des ressources humaines. Au moment de l'inspection, des négociations étaient en cours afin que les cadres de soins reprennent l'intégralité de la gestion des plannings.</p> <p>Il ressort des entretiens, une insatisfaction quant à cette gestion des plannings en deux temps. En outre, le remplissage par les cadres des congés des CDI et CDD, puis passage aux RH ou à une des CDS pour le remplissage des sous-effectifs par recrutement de vacataire induit plusieurs externalités négatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perte de temps et d'énergie pour la personne qui complète avec les vacataires en raison de l'absence de calendrier butoir pour fixer le planning. • Période de surnombre lorsque [REDACTED] et a contrario période de sous-effectif. Cela induit une hétérogénéité dans les ratios de soignants selon les jours. • [REDACTED]. L'absence de règles de prise de congés est une problématique soulevée dans le CR de CODIR du 13 mai 2024. • Risque de déperdition d'information sur des vacataires qui ne donnent pas satisfaction (l'information n'arrivant pas toujours jusqu'à la personne en charge des recrutements des vacataires et intérimaires). • Risque de déperdition d'information sur les incompatibilités d'humeur (des tensions entre certains CDD et certains CDI ont été remontés à la mission), cela a pour effet que lorsqu'une vacataire arrive le matin et découvre son affectation, elle repart immédiatement... <p>Il ressort également un problème de construction des roulements sur 12 semaines, lié à une erreur initiale en 2018 qui induit de façon structurelle un surnombre un lundi sur douze et un sous-effectif un lundi sur douze (AS du même horaire en doublon ou absente en même temps).</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque 33 : L'éclatement de la responsabilité de la gestion des plannings entre les cadres de soins et une personne en charge des remplacements induit une mauvaise gestion des plannings en l'absence de règles sur la prise des congés et de date butoir pour la clôture des plannings, ainsi qu'une complexification des circuits d'information.</p> </div>
2.1	2.1.11	Gestion des ressources humaines	Les plannings des professionnels : organisation	<p>Les plannings ont été étudiés bâtiment par bâtiment au regard de l'organisation cible par étage et par bâtiment. Il en ressort les constats suivants :</p> <p>Organisation cible sur GUILA :</p> <p>17 soignants sur les 5 étages : 3 soignants par étage sauf au 3^e étage (accueil des profils plus lourds) où il y a 4 soignants de façon systématique et 1 AS est partagé entre le 5^e étage et le 1^e étage (noté en horaire 9 au 5^e étage).</p> <p>1 IDE par étage, soit 5 IDE</p> <p>Constat : Le planning des 7 premiers jours d'avril a été étudié : pour les soignants (AS/AES/AMP), il y a 4 jours en sous-effectif (2 fois au 1^e étage, 1 fois au 5^e, 1 fois au 2^e étage) et 1 jour en surnombre : le 5 avril avec 1 AS en trop au 1^e étage.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Pour les IDE : à l'effectif sur 6 jours sur 7 et un jour en sous-effectif avec 4 IDE (le 2 avril 24)</p> <p>Organisation cible sur MALKA : 1 IDE par étage 24 soignants sur la journée : 5 par étage du 1er au 4e étage et 4 soignants au 5eme étage</p> <p>Constat : sur les 21 premiers jours du mois de mai 2024, l'organisation cible en AS (24) a été respectée 5 jours /21. Le bâtiment a été en sous- effectif 6 jours /21 (4 jours à 22, 1 jour à 23 et 1 jour à 21) et en sur effectif 10 jours /21 (4 jours à 25, 3 jours à 26 et 2 jours à 27 et 1 jour à 28) S'agissant des IDE : elles sont à l'effectif cible de 5 sur 16 jours /21 et en sous-effectif à 4 IDE pendant 5 jours /21</p> <p>Organisation cible RINA : 2 IDE pour les 4 étages Avant l'inspection : 6 soignants : 2 respectivement au 1° et 2° étage et 1 au 3° étage et 1 au 4° étage. Après la visite¹⁶ sur site : 8 soignants : 2 par étage</p> <p>Constat : sur les 21 premiers jours du mois de mai 2024 : l'organisation cible à 6 soignants est effective sur 19 jours et 2 jours en sous-effectif à 5 soignants. De façon systémique et institutionnalisé, il n'y a aucun soignant au 3 et 4° étage pendant la pause déjeuner (1h). La mission a appris par la suite que l'organisation cible avait été passée à 8 soignants après la visite sur site de façon à avoir 2 soignants par étage et une présence pendant la pause méridienne. S'agissant des IDE, la présence cible de 2 IDE est systématiquement atteinte sur les 21 jours étudiés, et un sureffectif a été constaté sur une journée (mardi 21 mai)</p> <p>Organisation cible sur DITZA : 2 IDE pour les 3 étages et 3 AS par étage, soit une cible de 9 aides-soignants.</p>

¹⁶ Lors de la restitution à chaud, la mission a fait part de son étonnement à ne trouver aucun soignant dans certains étages de Rina, et ce pour des durées supérieures à 1h.

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Constat : pour les IDE, Sur les 21 premiers jours du mois de mai, la cible a été atteinte, voire dépassé sur 4 jours avec 3 IDE (lundi 6 mai, lundi 13 mai, mardi 14 mai et mercredi 15 mai).</p> <p>S'agissant des soignants, il y a des jours en sous-effectifs (4 jours sur 21 jours les 2, 14, 16 et 17 mai) et d'autres en sureffectif (3 jours sur 21 les 1^{er}, 6 et 15 mai), Globalement sur cette période de 3 semaines, l'organisation n'était pas à l'effectif-cible (au-dessus ou en-dessous) sur un tiers du temps (l'équivalent d'1 semaine).</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Écart 19 : L'étude des plannings démontre des périodes régulières de sureffectif et de sous-effectif par rapport à l'organisation cible, et ce quels que soient les pôles. Ces problèmes de répartition du personnel induisent une hétérogénéité dans la qualité des prises en charge, ce qui contrevient à l'article L 311-3 du CASP.</p> </div> <p>Procédure dégradée : selon entretien, les professionnels de DITZA (unité fermée) sont appelés en renfort dans les autres bâtiments ; la nuit, AS de l'USS appelée en renfort.</p> <p>Il n'est pas prévu d'avoir une AS de nuit au 1^{er} étage de GUILA, ce sont les AS des étages 2 à 5 qui se répartissent les résidents du 1^{er} (8 résidents chacune)</p>
2.1	2.1.12	Gestion des ressources humaines	Les expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end	<p>Sur la base de la liste du personnel du mois de mai 2024, l'EHPAD dénombre 44 professionnels AS exerçant la nuit. Parmi ces 44 AS, 19 sont en CDD et 25 sont en CDI. L'établissement n'a transmis que 26 diplômes pour attester du niveau de qualification du personnel de nuit. Les diplômes transmis concernent 23 des 25 titulaires. La mission n'a pas été destinataire des diplômes de 16 AS en CDD. La mission ne peut attester de leurs qualifications, en l'absence de communication des diplômes.</p> <p>Les AS de nuit fixes sont tous titulaires du diplôme d'aide-soignant, à l'exception de deux agents : l'un n'a pas de diplôme ; l'autre fait mention dans son CV, de l'obtention du DEAS obtenu [REDACTED] mais la copie du diplôme n'a pas été produite.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Écart 20 : La mission ne peut attester des qualifications d'AS de 18 agents affectés à des postes d'AS de nuit (dont 16 diplômes de CDD non transmis) ce qui est susceptible de contrevenir aux dispositions de l'article L.4391-1 du CSP.</p> </div> <p>Les documents transmis ne permettent pas d'avoir une vision des formations. Pour autant, certaines ont été suivies (démarche [REDACTED]™ ; circuit du médicament ; AFGSU).</p> <p>L'organisation la nuit repose sur la présence d'une AS par étage dans chaque bâtiment, sauf au 1^{er} étage du bâtiment Guila.</p> <p>Quant aux IDE de nuit, selon la liste des professionnels, 11 IDE travaillent de nuit dont 5 en CDI. Seuls les diplômes des professionnels en CDI ont été transmis. Elles sont toutes diplômées. Pour celles dont le diplôme n'a pas été transmis, la mission a procédé à la vérification à l'inscription de l'ordre par la consultation de la base annuaire santé. Elles figurent sur la liste, ce qui signifie qu'elles sont diplômées, à l'exception d'une IDE qui n'a pas été retrouvée et qui de fait est susceptible d'être en situation d'exercice illégal.</p>

N°3AS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>L'organisation de la présence IDE la nuit a évolué. Avant janvier 2024, une IDE était présente chaque nuit par pôle. Depuis, deux IDE de nuit se répartissent les trois pôles, à raison « d'un pôle et d'une partie du troisième pôle par IDE » ; le troisième pôle étant scindé en deux.</p> <p>Il est à noter que la MRG ne compte plus de cadre de santé de nuit depuis 2019 ; celle en poste étant passée de jour.</p> <p>Il ressort des entretiens menés, que le personnel AS de nuit se sent abandonné. Leur charge de travail (pour mémoire, sur Malka : 39 lits par étage) a augmenté du fait de la réduction du nombre d'IDE présent. Le personnel fait d'ailleurs part d'urgences nombreuses la nuit.</p> <p>Remarque 34 : Compte-tenu de la taille de l'établissement, l'absence de cadre de santé de nuit impacte la coordination des équipes soignantes.</p>
2.1	2.1.13	Gestion des ressources humaines	<u>Les fiches de poste des professionnels</u>	<p>Les fiches de postes des professionnels n'ont pas été communiquées à la mission.</p> <p>Tout le personnel ne détient pas une fiche de poste (source : entretiens menés pendant les trois jours d'inspection). Les agents décrivent les missions qui sont les leurs.</p> <p>Des « glissements de missions » ont été relevés : des professionnels ont été recrutés mais ne mènent pas les missions ou actions conformément à leurs qualifications, à titre d'exemple [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Remarque 35 : Chaque personnel de l'EHPAD ne dispose pas d'une fiche de poste.</p>
2.1	2.1.14	Gestion des ressources humaines	<u>Les glissements de tâches</u>	<p>Les fiches de tâches heurées des AS, ASH, IDE, jour et nuit par bâtiment précisant leurs missions, ont été transmises.</p> <p>-Celle afférente aux AS de nuit 20h15-7h15 (fiche concernant la MRG et l'Unité de soins de suite- version de décembre 2023), mentionne ainsi pour le personnel de la MRG, « assurer la distribution, l'administration et la traçabilité des médicaments per os- sauf stupéfiants-selon la prescription médicale du dossier [REDACTED]. Le professionnel doit être vigilant à l'administration des médicaments à horaire particulier (anti-parkinsonien). Afin de prévenir les erreurs d'administration des médicaments, appliquer la règle des 5 B (bon habitant ; bon médicament ; bonne dose ; bonne voie ; bon moment). Réaliser et vérifier l'administration des médicaments en suivant le plan de soins informatisé et valider obligatoirement l'administration en temps réel.</p> <p>NB : Ne pas laisser de médicaments dans les chambres.</p> <p>Se rapprocher de l'IDE pour toute question sur un traitement. »</p> <p>Cette tâche incombe aux AS de nuit sur les créneaux horaires 21h00-21h30 et 6h30-7h00.</p>

¹⁷ Programme « Tikva »: Ce programme, mis en place en 2003 et financé par la Fondation pour la Mémoire de la Shoah (FMS) s'adresse à 53 habitants au 31/12/23 (76 habitants au 31/12/22), victimes de la Shoah : déportés, enfants de déportés, enfants cachés, ...

N°IGAS	N°USG	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>-Celle concernant les IDE de nuit 20h15-7h15 (fiche concernant la MRG et l'Unité de soins de suite- version de décembre 2023), fait état de la présence de deux IDE - une sur Malka/ Diza et une sur Guilla/ Rina. Sur les créneaux horaires 20h30 -23h30 et 6h15-7h00, elle « supervise la distribution, l'administration et la traçabilité des médicaments per os par les AS de nuit, selon le plan de soins informatisé ».</p> <p>-Celle propre aux AS/AES 7h00-19h00 /8h00-20h00/ 9h00-21h00 (MRG- version d'août 2023) précise « qu'avant tout acte de soins, vérifier le plan de soins de chaque habitant. Réaliser la validation du plan de soins ».</p> <p>Les délégations de tâches des IDE aux AS ne font pas l'objet d'un document écrit (cf. chapitre 3.8.16).</p> <p><u>Il a été indiqué lors d'entretiens :</u></p> <p>- la distribution de médicaments par les AS de nuit (bâtiments Malka et Guila), qui ont été formés à cette mission (situation expliquée par la suppression de poste d'IDE, la nuit).</p> <p>Pour autant de nombreuses urgences sont signalées la nuit (bâtiment Guila- 3^{ème} étage : présence de résidents avec des bouteilles d'oxygène ; sondes urinaires ; des poches de stomie).</p> <p>-les agents hôteliers présents jusqu'à 14h00. Dans l'hypothèse où le travail n'est pas achevé, les AS de jour font le ménage (situation observée par la mission) ;</p> <p>-les AS de nuit assurent la vaisselle et le ménage ;</p> <p>-des AS sur Rina font le service du déjeuner et la vaisselle, faute d'agent hôtelier pour aider.</p> <p>Le périmètre des tâches incombant aux AS diffère d'un pôle à un autre en raison de choix organisationnels. Cela entraîne un sentiment d'injustice et ou de mécontentement de la part de certains AS</p> <p>La prise en charge médicamenteuse des résidents n'est pas sécurisée en l'absence d'organisation de délégation d'administration précise par les IDE et en leur présence des médicaments aux AES chargés de l'aide aux actes de la vie courante, ce qui ne permet pas de garantir la formation de ces personnels et leur habilitation individuelle. Cette situation ne répond pas pleinement aux dispositions des articles L 313-26 du CASF et R 4311-3 et 4 du CSP (Cf écart au chapitre 3.8.16)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 21 : Les délégations de tâches des IDE aux AS ne font pas l'objet d'un document écrit et la délégation d'administration par les IDE et en leur présence des médicaments aux AES chargés de l'aide aux actes de la vie courante n'est pas formalisée, ce qui ne répond pas aux dispositions des articles L 313-26 du CASF et R 4311-3 et 4 du CSP (Cf écart au chapitre 3.8.16)</p> </div>
2.1	2.1.15	Gestion des ressources humaines	<u>La gestion des absences prévues et imprévues</u>	<p>Les absences prévues sont remplacées selon la gestion des plannings décrite plus haut. Des conduites à tenir sont formalisées pour un fonctionnement en mode dégradé lorsque des absences inopinées surviennent.</p> <p>Les absences imprévues sont gérées au niveau de chaque pôle, par les cadres de santé présentes tôt le matin.</p> <p>L'adaptation se fait au quotidien : des vacataires sont alors sollicités via le logiciel [REDACTED] ou les disponibilités via [REDACTED].</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Si les absences ne peuvent être palliées, le travail par étage se fait sur un mode dégradé (réflexion conduite avec le personnel quant aux missions à mener : avant tout, lever les résidents, servir les repas et les changer).</p> <p>Il a été rapporté lors d'entretiens, qu'en cas de manque de personnel sur des bâtiments Malka, ou Guila, ou Rina, il était fait appel au personnel de Ditza. Or, les résidents y demandent une surveillance en continu.</p> <p>Le personnel de l'Unité de soins de suite est également appelé pour pallier les absences sur le bâtiment Malka.</p> <p>L'établissement a établi plusieurs conduites à tenir (mise à jour en 2023) en cas d'absence imprévue d'un AS-AES, d'un agent hôtelier, d'aide-soignant de jour MRG-USS, d'ASH, agent hygiène et hôtelier jour et de soignant de nuit MRG-USS.</p> <p>La validation de la réorganisation en interne incombe à l'IDE de l'étage (lister les actions à accomplir), dont le lever des résidents sauf décision médicale.</p> <p>Le personnel fixe (soignant de jour) est remplacé en priorité par le personnel vacataire (c'est un pré-requis). L'établissement recourt pour pallier ponctuellement l'absence d'IDE ou d'AS, aux ressources internes en cas d'impossibilité de trouver un remplacement par le personnel vacataire.</p> <p>La conduite à tenir en cas de remplacement d'IDE/AS-AES(AMP/AVS) par des vacataires contient un logigramme. L'absence est signalée au soignant ou cadre de poste¹⁸ immédiatement. Les effectifs sont vérifiés sur tous les pôles. Une demande est faite sur [REDACTED], puis par mail auprès des agences d'intérim pour connaître le vacataire ou l'intérimaire disponible.</p> <p>En cas d'absence de deux AS ou AES sur un pôle, une répartition équitable des soignants en fonction de la charge de soins est opérée. Chaque pôle doit prioriser les repas et les changes de protection.</p> <p>A titre d'exemple, la mission a pu observer le 17 juin, en l'absence d'AS, il a été demandé à un IDE [REDACTED] affecté sur le bâtiment Ditza et après 20 minutes de travail, de se rendre sur le bâtiment Guila. Il a été amené à aider à la toilette dont la toilette au lit ; la réfection des lits ; l'aide au repas ; le goûter et le change.</p>

¹⁸ Les cadres de santé, par roulement, pointent les présences du personnel dès 7h.

2.2. Gestion d'information







N°GAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.3	2.3.1	Gestion d'information	<u>Les données statistiques de la structure</u>	L'EHPAD MRG Rothschild renseigne tous les tableaux de bord et rapports demandés en appui des données budgétaires et financières de la structure. Les tableaux de bord de la performance de l'ANAP sont renseignés et toutes les remontées de données en lien avec les GIR, les PATHOS et données statistiques portant sur les personnes prises en charges ont été fournies à la mission d'inspection. Le Rapport d'activité médicale annuel (RAMA) est formalisé.
2.3	2.3.2	Gestion d'information	<u>Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA)</u>	<p>Les trois médecins coordonnateurs participent actuellement à la rédaction du RAMA 2023.</p> <p>Deux RAMA ont été communiqués par la direction de l'EHPAD MRG Rothschild à la mission d'inspection : RAMA 2022 (version définitive) et RAMA 2023 (version provisoire)</p> <p>La structuration de ces deux rapports est sensiblement similaire. Les caractéristiques de la population accueillie y sont présentées, de même que le recours aux hospitalisations. Le recours aux urgences n'a pas été analysé. On y retrouve également l'analyse : des données de morbidité et de mortalité, des bonnes pratiques gériatriques (e.g. dénutrition, douleur, soins des escarres, contentions, chutes), et des prescriptions médicamenteuses (e.g. antalgiques, benzodiazépines, molécules onéreuses, anticancéreux, antibiotiques, stupéfiants).</p> <p>Les deux RAMA ne présentent cependant pas l'analyse des événements indésirables, ni les complications liées aux soins.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 36 : Le RAMA 2022 ne comporte pas d'analyse relative aux événements indésirables survenus courant 2022 au sein de l'EHPAD, ni d'analyse relative aux complications liées aux soins.</p> </div> <p>Le RAMA 2022 n'est pas signé par les trois médecins coordonnateurs rédacteurs de ce document et par le directeur de l'EHPAD.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Écart 22 : Le RAMA 2022 n'est pas signé par les trois médecins coordonnateurs et par le directeur de la structure, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-158 (10°) du CASF¹⁹.</p> </div>
2.3	2.3.4	Gestion d'information	<u>Les dossiers administratifs des résidents</u>	<p>La mission a consulté un échantillonnage de dossiers, soit 49 dossiers résidents en format papier et numérique. Ceux-ci sont classés dans des sous-pochettes qui ne sont pas identiques dans tous les dossiers.</p> <p>Il a été indiqué à la mission la mise en place d'un système d'informatisation des dossiers papier depuis l'été 2023. Les dossiers antérieurs à l'été 2023 sont numérisés au fil de l'eau. Il n'existe pas pour ce faire d'organisation précise, ni de rétroplanning.</p>

¹⁹ Article D312-158 (10°) du CASF : « Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante :

10° Coordonne, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport ; »

N°DAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Seules les nouvelles entrées font l'objet d'un dossier informatisé. L'ensemble du personnel de l'établissement n'a pas accès à la totalité du dossier. Des accès restreints ont été mis en place, en fonction de sous-dossiers thématique et de la fonction du professionnel.</p> <p>La mission a observé une tenue hétéroclite des dossiers avec des anomalies :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 27 dossiers contenaient un <u>contrat de séjour signé (soit 55%)</u>, dont 6 sans annexes. <p>Des incohérences ont été constatées : un contrat a été signé par les enfants d'une résidente, alors qu'il n'est pas fait mention d'une incapacité à signer, ni de protection juridique ; un contrat non signé ; un signé par une résidente sous le régime d'une tutelle et un autre non rempli.</p> <p>La mission ne peut s'assurer que le contrat de séjour est systématiquement remis au résident ou à son représentant légal.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Écart 23 : Le contrat de séjour signé est absent de 45% des dossiers consultés, ce qui ne permet pas de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L 311-3 du CASF et contrevient à l'article L311-4 du CASF.</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> - 8 dossiers contenaient un projet d'accompagnement personnalisé et 3 des recueils des habitudes de vie ; - 18 désignations d'une personne de confiance ; - 5 formulaires de recueil des dernières volontés ; - 5 formulaires de droit à l'image ; - 22 règlements de fonctionnement étaient présents. <p>Un inventaire de vêtements apportés à l'admission a été relevé. En revanche, aucun état des lieux n'a été retrouvé, ce qui ne permet pas d'attester qu'ils sont réalisés systématiquement à l'entrée du résident dans l'EHPAD.</p> <p>Certaines informations ne sont pas retrouvées dans les dossiers comme le niveau de dépendance, la date de prise en charge, l'identification du médecin traitant.</p> <p>Les dossiers des résidents ne sont pas tous complets et à jour. La mission n'a pas trouvé d'annexe relative aux mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir (CF annexe 3-9-1 du CASF) Cf écart intra au chapitre 3.2.6. du rapport.</p> <p>La mission a constaté la présence d'éléments médicaux dans plus de 30% des dossiers papiers (partie médicale du CERFA d'admission ou ordonnances).</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Écart 24 : Certains dossiers médicaux sont conservés avec le dossier administratif, ce qui n'est pas conforme à la protection des informations nominatives à caractère médical qu'ils contiennent et contrevient aux articles L.311-3 4° du CASF, aux articles R4127-73 et L.1110-4 du CSP et à l'article 226-13 du Code pénal.</p> </div> <p>Les dossiers papiers sont rangés dans des armoires fermées, dans le bureau des chargés d'admission.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				Il a été expliqué à l'équipe d'inspection, l'existence d'un système d'archivage. Les dossiers des personnes décédées sont entreposés dans une pièce au sous-sol. Dans les dossiers consultés, deux résidents étaient décédés et une a déménagé dans un autre établissement.
2.3	2.3.5	Gestion d'information	<u>Le support et le contenu des dossiers médicaux des résidents</u>	<p>Le support des dossiers médicaux se présente sous deux formes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sous format papier pour ses parties (liste non-exhaustive) : <ul style="list-style-type: none"> o Dossier de préadmission ; o Comptes rendus d'hospitalisations ; o Couriers des consultations externes ; o Comptes rendus d'examens d'imagerie. - Sous format informatisé pour les parties (liste non-exhaustive) : <ul style="list-style-type: none"> o Observations médicales ; o Bilan gériatrique , o Prescriptions médicamenteuses, de biologie, d'imagerie, de rééducation et de prise en charge psychologique ; o Transmissions soignantes y inclus de rééducation ou diététiques ; o Constantes ; o Régimes ; o Bilans biologiques ; o Traitement médicamenteux en cours ; o DLU
2.3	2.3.6	Gestion d'information	<u>Le stockage et la sécurisation des dossiers médicaux des résidents</u>	Les dossiers médicaux papier sont stockés dans la partie « pharmacie » de chaque poste de soins. Ils sont localisés dans des armoires qui ne ferment pas à clé. L'accès à cette « pharmacie du poste de soins » est possible pour les médecins, les cadres et les IDE.

N°OAS	APLIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires				
				<div data-bbox="907 263 2065 331" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Écart 25 : Le stockage des dossiers médicaux papier dans une armoire qui n'est pas fermée à clé contrevient aux dispositions des articles L.311-3 (4°) du CASF²⁰ et R.4127-45 du CSP²¹.</p> </div> <p>Lors de la visite des locaux, la mission d'inspection a constaté des pratiques non adaptées, notamment des négligences concernant le stockage et la sécurisation des dossiers de soins telles que : des sessions du dossier informatisé du résident ouvertes, laissées sans surveillance ou alors des dossiers et des informations laissées dans des postes de soins non fermés alors que les portes sont sécurisées.</p> <table border="1" data-bbox="788 459 1563 721"> <tr> <td data-bbox="788 459 1191 513">Photo 5 : Données de soins à disposition sur un plan de travail</td> <td data-bbox="1191 459 1563 513">Photo 6 : Porte sécurisée d'un poste de soins laissée ouverte</td> </tr> <tr> <td data-bbox="788 513 1191 721"></td> <td data-bbox="1191 513 1563 721"></td> </tr> </table> <div data-bbox="907 774 2065 874" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Écart 26 : Les données des dossiers de soins infirmiers, dont les formats papier traînent sur un plan de travail ou dont les formats dématérialisés sont disponibles sur des postes informatiques sans surveillance, ne sont pas protégées d'éventuelles indiscretions, ce qui contrevient à l'article R4312-35²² du CSP.</p> </div>	Photo 5 : Données de soins à disposition sur un plan de travail	Photo 6 : Porte sécurisée d'un poste de soins laissée ouverte		
Photo 5 : Données de soins à disposition sur un plan de travail	Photo 6 : Porte sécurisée d'un poste de soins laissée ouverte							
								

²⁰ Article L.311-3 (4°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

[...] 4° La confidentialité des informations la concernant ; »

²¹ Article R.4127-45 du CSP : « I. — Indépendamment du dossier médical prévu par la loi, le médecin tient pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers.


Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin. »

²² Article R4312-35 du CSP : « L'infirmier établit pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant les éléments pertinents et actualisés relatifs à la prise en charge et au suivi. L'infirmier veille, quel que soit son mode d'exercice, à la protection du dossier de soins infirmiers contre toute indiscretion. Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, il prend toutes les mesures de son ressort afin d'assurer la protection de ces données. »

2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

N°SAS	LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.4	2.4.1	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	L'état général du bâtiment	<p>La maison de retraite a une capacité de 510 lits, répartis sur 4 bâtiments, Malka, Guila, Rina et Ditzza. Le nombre de lits installés est légèrement en-deçà de l'autorisé et varie selon les sources de données entre 505 (suivant la répartition ci-après reposant sur les numéros de chambres issus de la liste des résidents) et 507 lits (selon déclaration direction). Le delta provient du pôle Rina/ Ditzza et peut s'expliquer par les lits de l'unité de soins de suite et de réadaptation sur le bâtiment Ditzza et le nombre de chambres doubles sur Ditzza (CF le PV de la commission de sécurité incendie qui a eu lieu le 27 mai 2024 et qui reprend la totalité des lits, y compris ceux de l'USS sans distinguer les services)</p> <p>Pavillon Malka : 189 lits sur 5 étages, Pavillon GUILA : 160 lits sur 5 étages, Pavillon Rina : 95 lits sur 4 étages, Pavillon Ditzza : 61 lits sur 3 niveaux.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Tableau 2 : Extrait du PV de la commission de sécurité du 27 mai 2024. Le nombre total de lits s'établit à 571 lits dont ceux de l'unité USS sur le pavillon Ditzza.</p> <p>Elle constitue un seul établissement comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le Pavillon ALIX : élevé de 2 étages sur rez-de-chaussée, il abrite l'accueil et l'administration, seul le rez-de-chaussée est accessible au public (synagogue ouverte à du public extérieur) ; les 1^{er} et 2^{ème} étages sont occupés par la direction de l'établissement ; - le Pavillon GUILA : élevé de 5 étages sur rez-de-chaussée accueillant des personnes dépendantes, sans fluides médicaux, dans les étages totalisant 160 lits. Le rez-de-chaussée comporte le restaurant et un office de réchauffage ; - le Pavillon MALKA : élevé de 5 étages sur rez-de-chaussée, sans fluides médicaux, accueillant des personnes dépendantes totalisant 189 lits ; - le Pavillon RINA : élevé de 6 étages sur rez-de-chaussée, sans fluides médicaux, accueillant des personnes dépendantes du 1^{er} au 2^{ème} étage du 3^{ème} au 4^{ème} étage. Il accueille 95 lits et abrite 4 logements de fonction aux niveaux 5 et 6 ; - le Pavillon DITZA : élevé de 6 étages sur rez-de-chaussée, recevant des personnes dépendantes, il est équipé de gaz médicaux du 1^{er} au 3^{ème} étage. Il comporte 127 lits, (1^{er} au 3^{ème} étage unité sanitaire et du 4^{ème} au 6^{ème} étage EHPAD) ; - le Forum : à simple rez-de-chaussée, relie l'ensemble des pavillons et comprend, notamment un espace de vie, l'accueil et le poste central de sécurité. </div>










N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Le pavillon d'entrée (Alix) comporte 2 étages et accueille les locaux administratifs de l'EHPAD et ceux de la direction générale de la fondation. Au RDC de ce pavillon, on trouve un espace central ouvert sur le parc, avec un forum, des tables et fauteuils pour accueillir les familles, une scène pour les animations et spectacles, un piano, une cafétéria, le poste de sécurité, l'accueil. Cet espace est bien entretenu, propre et agréable et propice à la rencontre des résidents avec leurs familles.</p> <p>Au RC du bâtiment Dina on trouve la synagogue et la salle de restauration. On note la présence de nombreux pigeons dans la salle à manger du fait de son ouverture sur le jardin. Ceux-ci se posent jusque sur les tables, ce qui interroge sur les conditions d'hygiène dans lesquelles se déroulent les repas.</p> <p>Les sous-sols sont constitués de galeries reliées entre elles comprenant la lingerie, l'atelier de réparation, les espaces de stockage, une chambre mortuaire et les vestiaires du personnel (plusieurs vestiaires hommes et plusieurs vestiaires femmes).</p> <p>Il y a un poste de soins par étage sauf à Rina où il n'y a qu'un poste soins pour les 4 étages.</p> <p>Les couloirs sont larges et disposent de barre d'appui permettant la circulation sécurisée des résidents.</p> <p>Chaque bâtiment comporte une salle à manger principale et des petits salons à chaque étage où les résidents se regroupent et peuvent prendre le repas de midi.</p> <p>Il y a une grande terrasse protégée par des garde-corps au dernier étage du pavillon Malka. A Ditzza-Rina, la terrasse n'est pas utilisée en l'absence de sécurisation (pas de code sur porte). La grande terrasse au 5^e étage de Guila n'est pas non plus utilisée, ni entretenue. Des filets anti-pigeons ont été posés dans lesquels se trouvent les cadavres de plusieurs volatiles restés coincés et des squelettes (cadavres décomposés) sont tombés à terre, témoignant de l'absence d'entretien régulier de cette terrasse.</p> <p>Lors de la visite des locaux dans tous les bâtiments par la mission il a été constaté :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ensemble des locaux présente un aspect vétuste et peu entretenu : sol collant et sale des circulations, notamment à Malka ; débris sur le sol, les tables des petits salons ayant servies à prendre le déjeuner ou le goûter non nettoyées. L'ensemble présente un aspect négligé. - Nombreux locaux ouverts : local propre, local sale, vidoirs, locaux de rangement des produits d'entretien, locaux DASRI notamment sur le pavillon Malka, - Locaux de soins ouverts, - Stores défectueux : des sacs poubelles et des couvertures de survie sont posées dans les chambres sur coursive (bâtiment Rina Ditzza) <p>Le ménage est assuré par un prestataire extérieur pour les parties communes du RDC et les locaux administratifs, et par les agents hôteliers pour les chambres et les parties communes des étages. Ceux-ci disposent de machines pour le nettoyage des sols, mais il est signalé à la mission qu'elles sont souvent en panne, et que les personnels contractuels sont peu formés au mélange des produits d'entretien. Il est indiqué à la mission que les personnels en contrats sont informés par leur collègue le matin lors de leur arrivée de l'utilisation des machines et des produits.</p> <p>Les témoignages des familles et les compte-rendu CVS (CVS du 21/09/2023 et CVS du 19/12/2023) confirment les observations de la mission : les familles indiquent émettre des réclamations lors de différents CVS concernant l'entretien des locaux communs et des chambres, le lavage</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>des vitres et des rideaux. Le compte-rendu du CVS du 23/09/2023 indique « le sujet de l'entretien des locaux communs et des chambres a été évoqué à plusieurs reprises ». Celui du 19/12/2023 indique dans la rubrique « problèmes récurrents » : « ménage et hygiène approximatifs ».</p> <p>L'établissement a transmis un contrat de désinfection et désinsectisation daté du 14/11/2023, conclu avec la société [REDACTED] le 14/11/2023 pour une durée de deux ans.</p> <p>La présence de nuisibles a pu être constatée par la mission et des témoignages ont été entendus tant sur la présence intempestive des pigeons sur la terrasse et en salle à manger (les volatiles se posent sur les tables pendant le repas) que la présence de rongeurs et cafards.</p> <div data-bbox="902 432 2063 600" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Écart 27 : Les mesures de bio-nettoyage dans l'établissement ne pas suffisantes pour garantir la dignité et la sécurité des résidents et les conditions de travail des soignants, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 du CASF.</p> <p>Écart 28 : Les locaux DASRI, techniques et postes de soin ne sont pas fermés à clés ce qui ne garantit pas la sécurité des résidents les plus vulnérables et contrevient à l'article L 311-3 du CASF.</p> </div> <div data-bbox="797 616 2063 655" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 37 : Les personnels hôteliers en CDI et CDD ne sont pas suffisamment formés au bio nettoyage.</p> </div> <div data-bbox="797 691 1794 778" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Photo 7 : attrape cafards remplis de cafards et d'une souris trouvé dans l'office alimentaire sous le frigo gris, bâtiment Malka. Une souris a été vue par le témoin dans le poste de soins à un étage de Malka.</p> </div> <div data-bbox="797 791 1442 1219" style="border: 1px solid black; text-align: center;">  </div>

N°IGAS	N°LISNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Écart 29 : La présence de pigeons en nombre dans l'établissement ainsi que la présence de souris et cafards crée un risque sanitaire important pour les personnes vulnérables que sont les résidents en EHPAD et va à l'encontre du droit fondamental à la « protection de la santé qui doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles », de même que la « meilleure sécurité sanitaire possible » dans un ESMS. (L1110-1 CSP)</p> <p>Sécurité incendie : l'EHPAD sous- traite la sécurité (sécurité incendie et surveillance) à la société « [REDACTED] ».</p> <p>À l'entrée du RDC du forum, est situé un PC de sécurité avec 2 agents Sécurité Incendie et Assistance à personnes (SIAP) : SIAP 1 et SIAP 2. Ces agents visionnent également les caméras de surveillance installées à l'entrée extérieure et viennent en aide à leurs collègues de l'entrée extérieure en cas de besoin.</p> <p>Les alarmes incendies sont répercutées sur le centrale compartimentée située dans leur local. Les agents SIAAP vérifient si le feu est avéré et effectuent les levées de doute en cas de déclenchement de l'alarme incendie.</p> <p>Ils travaillent par roulement et effectuent des vacations de 12H : de 8H à 20H et de 20H à 8H.</p> <p>Il est confirmé à la mission qu'il existe des exercices d'évacuation des personnels et des résidents en présence des pompiers.</p> <p>Lors de la réunion de clôture de l'inspection, l'alarme incendie s'est déclenchée à l'heure du dîner. L'alarme a été acquittée après une dizaine de minutes une fois la levée de doute réalisée. Il a été expliqué aux membres de la mission qu'il s'agissait d'un problème d'évacuation des fumées avec un four au sous-sol de DITZA. Selon les témoignages, l'alarme se déclenche fréquemment.</p> <p>L'établissement possède 2 groupes électrogènes d'une capacité de 72 heures, ce qui assure son autonomie électrique en cas de coupure d'électricité.</p>
2.4	2.4.2	Bâtiments, espaces extérieurs et équipement	<u>Le suivi des réparations</u>	<p>Un pôle logistique effectue les réparations courantes dans les bâtiments. Il est composé d'un responsable travaux ingénieur et de 6 ouvriers dont 1 peintre, qui interviennent pour les petites réparations dans tout l'établissement (fenêtres, portes, sanitaires), et effectuent le suivi de tous les contrats de maintenance : climatisation ; chauffage, sécurité incendie, volets roulants.....</p> <p>L'équipe dispose d'un magasin de pièces détachées dont les achats sont effectués par l'ingénieur : vis, tournevis, outils, convecteurs, vasques, peintures....</p> <p>L'équipe intervient selon deux roulements de 8h à 16h et de 9h à 17h, ce qui permet une présence de l'équipe logistique de 8h à 17h. Une procédure d'astreinte est en place de 12h à 19h30, le week-end et la nuit.</p> <p>Les ouvriers sont répartis par bâtiment. Le peintre, outre les travaux de peinture courants, intervient plus particulièrement lors du départ d'un résident pour la remise en état de la chambre.</p> <p>Les demandes de travaux arrivent via une plateforme interne : [REDACTED] IM. Les réparations sont priorisées par l'équipe selon l'urgence de la demande (fuite d'eau, problème électrique). L'équipe n'a pas de contrainte de délais d'intervention et évalue l'urgence. L'exécution des travaux dépend aussi de la disponibilité des pièces pour les réparations. Une liste du matériel à commander est réalisée [REDACTED]. Il est précisé à la mission que le budget est insuffisant pour répondre à l'ensemble des demandes.</p> <p>Il est indiqué à la mission que les familles font également des demandes de travaux par mail.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Les réparations des gros matériels dépendent du fournisseur : volets roulants, lits médicalisés, chauffage, oxygène. Des difficultés sont constatées car les délais d'intervention des prestataires sont importants.</p> <p>La maintenance des installations techniques (chauffage, climatisation, eau chaude sanitaire, désenfumage), a été confiée au prestataire [REDACTED] en janvier 2023.</p> <p>Des analyse légionnelle sont effectuées 2 fois/par an sur respectivement 55 et 10 points de prélèvement.</p> <p>Le parc est entretenu par un établissement d'accompagnement par le travail.</p>
2.4	2.4.3	Bâtiments, espaces extérieurs et équipement	<u>Système et/ou salle de rafraîchissement</u>	<p>Sur le bâtiment Malka, un plan des pièces climatisées et rafraîchies est affiché. Chaque étage dispose de 3 pièces climatisées dont les salles à manger et les salons et 3 pièces rafraîchies.</p> <p>Les parties communes des bâtiments Ditzza et Guila sont également équipés de pièces rafraîchies.</p> <p>Il est indiqué à la mission que des ventilateurs et des climatisations mobiles sont installés lors des fortes chaleurs.</p> <p>Les fenêtres de l'établissement sont dotées de stores, mais nombreux sont défectueux. (Cf supra)</p> <p>L'établissement s'est doté d'un plan de crise concernant la canicule.</p>
2.4	2.4.4	Bâtiments, espaces extérieurs et équipement	<u>L'accessibilité PMR des locaux</u>	<p>Les couloirs sont larges avec des barres d'appui le long des murs, et permettent le passage de fauteuils roulants et le déplacement des résidents à mobilité réduite.</p> <p>Des ascenseurs desservent chacun des bâtiments. La commission de sécurité et d'accessibilité intervenue au mois de mai 2024 recense ces équipements dans son rapport :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 ascenseurs Pavillon Alix - 5 ascenseurs Pavillon Guila - 3 ascenseurs Pavillon Malka dont 1 hors service - 3 ascenseurs Pavillon Rina dont 1 privatif - 3 ascenseurs Pavillon Ditzza - 2 élévateurs pour personne à mobilité réduite (EPMR)
2.4	2.4.5	Bâtiments, espaces extérieurs et équipement	<u>Les équipements facilitant le déplacement</u>	<p>Les chambres sont équipées de rails de transfert. L'établissement dispose d'un stock de matériel : fauteuils roulants, déambulateurs, draps de glisse, chaises de pesée, lèves-personnes.</p>

2.4. Sécurités

N°BAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires						
2.5	2.5.1	Sécurités	<p><u>Les déchets ménagers (DAOM)</u> <u>Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)</u></p>	<p>Un contrat concernant les DASRI (Déchets d'activités de soins à risques infectieux) a été signé en 2003 avec la société [REDACTED]. Il est reconduit chaque année tacitement. En 2020, c'est la société [REDACTED] qui prend le relai de [REDACTED] qui cesse son activité.</p> <p>Le ramassage des DASRI a lieu trois fois par semaine : le lundi – le mercredi et le vendredi par le prestataire [REDACTED]. [REDACTED] fournit le matériel à l'EHPAD. L'établissement s'engage à utiliser ce matériel « en respectant les prescriptions du fabricant ». Un audit DASRI et OPCT (objet piquant coupant tranchant) a été réalisé en février 2023 montrant une majorité de points à améliorer comme l'inscription du nom de l'établissement et du service/Pôle, l'absence de socle pour les boîtes OPCT, le respect du remplissage des cartons à DASRI, présence de DASRI ailleurs que dans les locaux dédiés...</p> <table border="1" data-bbox="797 560 1883 823"> <tr> <td data-bbox="797 560 1155 643"> <p>Photo 8 : Collecteur OPCT sans socle de maintien sur le chariot d'urgence</p> </td> <td data-bbox="1155 560 1520 643"> <p>Photo 9 : Collecteur OPCT non fermé - débordant d'objet inapproprié à son usage</p> </td> <td data-bbox="1520 560 1883 643"> <p>Photo 10 : Boîte à DASRI non identifiée</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="797 643 1155 823">  </td> <td data-bbox="1155 643 1520 823">  </td> <td data-bbox="1520 643 1883 823">  </td> </tr> </table> <p>Écart 30 : L'absence d'identification de l'établissement et des services sur les cartons DASRI, l'entreposage de DASRI dans les locaux autres que ceux dédiés à cet usage contreviennent aux articles R1335-6 et 7 du CSP.</p> <p>La collecte des DASRI</p> <p>Le circuit DASRI s'organise autour de deux types de points de collecte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un « point d'entrée » dans le circuit comportant une pièce exclusivement dédiée à leur stockage et collecte interne localisée à chaque étage des quatre bâtiments constituant l'EHPAD ; - Un « point de sortie » du circuit composé d'une pièce de stockage et de collecte externe localisée au niveau - 1 du complexe. <p>Comme évoqué ci-dessus, au niveau de chaque étage il existe une pièce dédiée à la collecte des DASRI. L'une de ces pièces a été vue par des membres de la mission d'inspection. Cette pièce ne disposait ni d'un point d'eau, ni d'une cuvette de rétention. Sa ventilation n'était pas fonctionnelle. A partir de cette pièce, les DASRI sont acheminés par ascenseur au niveau -1 où se situe leur lieu de stockage et collecte externe pour tout l'établissement.</p> <p>Au niveau de ce lieu de stockage et de collecte externe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La signalétique réglementaire y était apposée ; 	<p>Photo 8 : Collecteur OPCT sans socle de maintien sur le chariot d'urgence</p>	<p>Photo 9 : Collecteur OPCT non fermé - débordant d'objet inapproprié à son usage</p>	<p>Photo 10 : Boîte à DASRI non identifiée</p>			
<p>Photo 8 : Collecteur OPCT sans socle de maintien sur le chariot d'urgence</p>	<p>Photo 9 : Collecteur OPCT non fermé - débordant d'objet inapproprié à son usage</p>	<p>Photo 10 : Boîte à DASRI non identifiée</p>								
										

N°IGAS	RÉGION	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<ul style="list-style-type: none"> - La porte d'accès comporte une serrure à clé ; - Le volume de son espace de collecte est en adéquation avec le volume des déchets qui y sont acheminés à partir des différents points d'entrée dans le circuit ; - Un point d'eau y est disponible ; - La cuvette de rétention est présente ; - Les murs et le sol sont facilement lavables ; - Le système de ventilation était fonctionnel ; - La fiche de traçabilité du nettoyage quotidien était absente. <p>Ce local de collecte se situe près du quai de livraison qui permet à la voiture de collecte de récupérer facilement le contenu des containers DASRI</p>
2.5	2.5.2	Sécurités	<u>Les vaccinations des résidents et des professionnels</u>	<p>Il ressort des entretiens menés, que la surveillance des vaccinations des résidents est assurée par les médecins des trois pôles.</p> <p>Pour le pôle de soins Maika, cent quatre-vingt-et-un résidents y séjournaient au moment de la campagne de vaccination antigrippale automnale 2023. Quatre refus ont été exprimés (i.e. deux familles, deux résidents). La proportion de résidents vaccinés contre la grippe saisonnière est égale à 97,8 %.</p> <p>Pour le pôle de soins Ditza-Rina sur les quatre-vingt-cinq résidents pris en charge [REDACTED], trois refus ont été exprimés. La proportion des résidents vaccinés contre la grippe saisonnière est égale à 96,5 %</p> <p>Pour le pôle de soins Guila sur cent quarante-trois résidents y séjournant au moment de la campagne de vaccination antigrippale automnale 2023, six ont opposé un refus. La proportion de résidents vaccinés contre la grippe saisonnière est égale à 95,8 %</p> <p>Le taux de vaccination antigrippale est particulièrement important dans l'établissement.</p>
2.5	2.5.3	Sécurités	<u>L'aide à la prévention des chutes</u>	<p>Dans la partie équipement de ce rapport, il a été constaté la présence de barres d'appui dans les couloirs de tous les bâtiments afin d'éviter des chutes. Le personnel a à sa disposition des matériels ergonomiques comme les lève- malades et les rails de transfert pour éviter de blesser et de faire chuter les résidents lors des différentes mobilisations.</p> <p>Dans le projet médical du projet d'établissement 2022-2027, il est indiqué qu'il « donne la priorité aux actions concernant : la prévention des risques (chutes, dénutrition, etc...) ». Cette priorité inscrite au projet ne se traduit pas ou insuffisamment dans les pratiques des professionnels malgré la présence de cinq professions de rééducateurs (la diététicienne, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les pédicures) et d'enseignants en Activité Physique Adaptée (EAPA) présents dans l'établissement. Aucun projet de prévention des chutes n'a été présenté à la mission.</p> <p>Des aides-soignants nous ont indiqué que les résidents sont bien chaussés.</p> <p>Au niveau qualité-gestion des risques, il n'existe pas de document concernant la prévention des chutes mais uniquement une procédure « conduite à tenir en cas d'une chute » revue en décembre 2022. Celle-ci cite dans les documents de référence : la fiche de l'HAS « le résident à risque de chutes » qui préconise les moyens à mettre en place pour éviter la chute mais pas pour la déclarer. La mission n'a reçu aucun compte-</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>rendu de réunion « bilan chutes » qui doit se tenir quatre fois par an (annoncé dans le PE). La procédure ne met donc pas en avant tous les moyens à mettre en œuvre pour lutter contre les chutes : chaussage, activité sportive, lutte contre la dénutrition, le test Timed up and go...</p> <p>Au niveau du bionettoyage, les sols collants dus à une mauvaise utilisation des produits détergents peuvent entrainer des chutes et limiter la déambulation des résidents lorsque les semelles adhèrent trop fortement au sol. La mission d'inspection n'a pas observé la présence de procédure d'hygiène des sols, ni les fiches techniques des produits utilisés.</p> <div data-bbox="795 430 1220 957" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="1344 430 1881 478" data-label="Caption"> <p>Photo 11 : Malka 1 document issu du lutin de l'office alimentaire.</p> </div> <p>Au niveau architectural, dans les salles de bains de Rina, il y a une petite marche qui peut entrainer la chute du résident. L'absence de travail pluridisciplinaire sur les chutes contrevient à la réglementation : Cf écart supra n° 12.</p> <div data-bbox="795 1125 2072 1204" data-label="Text"> <p>Remarque 38 : L'insuffisance de mesures de prévention des chutes contrevient aux recommandations de l'évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, société de gériatrie et gérontologie- 2009</p> </div>

N°IGAB	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Remarque 39 : Le nettoyage des sols ne respecte pas les recommandations du guide de l'entretien des locaux en établissement médico-social du CPIAS, 2019</p>
2.5	2.5.4	Sécurités	<u>La prévention des fuques</u>	<p>Deux agents de la société privée de sécurité sont en poste à l'entrée du bâtiment 80 rue de Picpus, dans une guérite. Ils contrôlent l'identité des personnes entrantes ainsi que l'intérieur des sacs. Des caméras sont reliées au poste de sécurité incendie à l'intérieur du bâtiment et surveillées par leurs collègues chargés de la sécurité incendie (voir supra).</p> <p>Les cages d'escaliers des 3 bâtiments sont sécurisées par un digicode et l'accès aux ascenseurs de chaque bâtiment nécessite un code.</p> <p>Il a néanmoins été relaté à la mission un décès de résident ayant passé la nuit dehors par défaut de vérification de l'absence de résidents dans le jardin avant fermeture des ouvertures le soir</p>
2.5	2.5.5	Sécurités	<u>Le système d'appels malades</u>	<p>Lorsque l'appel-malade est déclenché dans une chambre, une lumière rouge s'allume au-dessus de la porte du résident. L'appel se répercute sur un panneau lumineux situé en hauteur au centre du couloir indiquant le numéro de la chambre qui appelle et une sonnerie bas volume se déclenche dans l'ensemble des couloirs.</p> <p>La nuit, les appels se répercutent par SMS sur les téléphones des IDE et des soignants.</p> <p>Lors de la visite des locaux, la mission a constaté l'absence d'appels malades dans les sanitaires des couloirs.</p> <p>L'établissement a transmis 16 fichiers Excel de relevés d'appels malade correspondants aux périodes de fin février à juin 2024. Chaque fichier correspond à environ 1 semaine d'appels dans l'ensemble des bâtiments.</p> <p>Chaque fichier comprend en colonne les informations suivantes : horaires, numéro de la chambre, durée, alarme et bâtiment.</p> <p>La colonne alarme comprend les mentions appels, présence, réanimation, urgence et secours. Les durées devant chaque item sont indiquées. Les mentions réanimation, urgence, secours n'ont pas pu être expliquées par les professionnels lors des entretiens. L'hypothèse a été émise par un membre de la direction qu'il s'agirait d'une requalification des appels par les soignants suivant la nature de leur intervention.</p> <p>Le temps de la durée de l'appel est mesuré ainsi que le temps de présence du soignant dans la chambre, que ce soit une présence à la suite d'un appel-malade ou pour soins.</p> <p>Le format de ces fichiers ne permet pas à la mission de faire des moyennes des délais d'appel. La mission a procédé par sondages et analysé 5 fichiers de relevés appels malades.</p> <p><u>Relevé intitulé alarmes 18-03-2024 00-08 qui couvre la période du 11 au 17/03/2024 :</u></p> <p>21 appels d'une durée supérieure à 20 mn. Extrême : 16/03/2024 à 11 :42, chambre ■ Guila : 44 minutes et 22 secondes ;</p> <p><u>Relevé intitulé alarmes 01-04-2024 01-08 qui couvre la période du 25/03/2024 au 01/04/2024.</u></p> <p>13 appels d'une durée supérieure à 20 minutes ; Extrême : le 29/03/2024 à Guila à 11H23, chambre ■ : 33 minutes et 29 secondes. ;</p> <p><u>Relevé intitulé alarmes 08-04-2024 01-08 qui couvre la période du 01/04 au 08/04/2024 :</u></p> <p>22 appels d'une durée supérieure à 20 minutes, Extrême le 02-04-2024 à 14H10, chambre ■ à Guila : 29 minutes et 48 secondes.</p> <p><u>Relevé intitulé alarmes 27-05-2024 01-08 qui couvre la période du 20/05 au 27/05/2024</u></p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>25 appels d'une durée supérieure à 20 :00 ; Extrême le 26-05-2024 à 3h34, chambre ■ à GUILA : 57 minutes et trois secondes. 25/05/2024 à 4H 19, chambre ■ DITZA : 50 minutes et 48 secondes.</p> <p><u>Relevé intitulé alarmes 17-06-2024- 01-08 qui couvre la période du 10/06 au 17/06/2024</u></p> <p>34 appels d'une durée supérieure à 20 mn ; extrême le 12/06/2024 à 22 :06, chambre ■ DITZA : 49 minutes et 02 secondes.</p> <p>Il est indiqué à la mission que les relevés sont transmis régulièrement aux cadres de santé des 3 pôles pour étude des délais d'intervention supérieurs à 5mn. Il est indiqué à la mission que le sujet est évoqué en réunion co-soins. Ces déclarations n'ont pas pu être confirmées par des comptes-rendus de réunion.</p> <p>Lors de sa visite, la mission a noté que certaines chambres n'ont pas d'appel malade, ou que celui-ci a été débranché.</p> <p>La mission a testé les appels-malades sur tous les étages des 3 pôles.</p> <p>MALKA : 13 appels malades ont été testés sur les 5 étages (2 par étage). Il en ressort qu'un était débranché (chambre ■), 2 étaient manquants (dans les chambres ■), 1 était défectueux (chambre ■, 1 chambre ne comportait pas d'appel malade (chambre ■) ; 1 voyant lumineux ne passait pas du vert au rouge lors de l'activation de l'appel (chambre ■).</p> <p>GUILA : 9 appels malades ont été testés : l'un n'était pas branché (chambre ■). Le panneau lumineux ne fonctionnait pas sur les ailes B et C. (chambre ■)</p> <p>DITZA : 3 chambres testées : arrivées de soignant allant de 10 secondes à 1 minute et 20 secondes.</p> <p>RINA : 3 tests réalisés. Arrivée du soignant à 2 minutes 30, 6 minutes et plus de 5 minutes lors du repas du soir. A noter qu'il y avait un seul personnel à l'étage au cours du repas.</p> <p>Des dysfonctionnements sur les appels-malades ont été relevés par les familles : Compte rendu CVS du 11/05/23 qui notait que les cordons d'appel dans les chambres des résidents ne sont pas toujours accessibles et que le personnel les enroule autour des barreaux du lit, les rendant inaccessibles.</p> <p>Les éléments constatés concernant le système d'appel-malade ont un impact négatif sur la sécurité des résidents et la qualité de la prise en charge.</p> <p>Le dispositif d'appels-malades n'est pas pleinement opérationnel et présente plusieurs dysfonctionnements majeurs : des appels-malades ne sont pas branchés et/ou accessibles dans chaque chambre ; les sanitaires des couloirs ne sont pas pourvus d'appel-malade ; les dysfonctionnements sont nombreux avec des délais de travaux de réparation non satisfaisants ; les délais d'intervention des personnels suite à un appel-malade sont supérieurs à 5 minutes et un nombre significatif d'intervention a lieu au bout de plus de 20 minutes, le délai pouvant aller jusqu'à 50 minutes ; le suivi des délais de réponse n'est pas optimal lorsqu'il est effectif. Ces dysfonctionnements du dispositif d'appels-malades ne permettent pas de garantir une intervention rapide du personnel en cas d'urgence et compromettent la sécurité du résident.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Écart 31 : Le dispositif d'appels-malades présente plusieurs dysfonctionnements majeurs, des défaillances nombreuses avec des délais de travaux de réparation non satisfaisants ; des délais d'intervention des personnels souvent prolongés, un suivi des délais de réponse non optimal. Ces dysfonctionnements ne permettent pas de garantir une intervention rapide du personnel en cas d'urgence et compromettent la sécurité du résident, ce qui contrevient aux articles L 311-3 1° et D 312-155-0, I 2°23 du CASF.</p>

²³ Article D 312-155-0, I 2° : « (Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés au I et au II de l'article L. 313-12) : Proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés, des actions de prévention et d'éducation à la santé et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée »

3. Prises en charge

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

IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																				
3.1	3.1.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Admission et entrée dans l'EHPAD	<p>Le projet d'établissement 2022-2027 renseigne sur la provenance des demandes d'admission :</p> <table border="1" data-bbox="698 497 1473 833"> <thead> <tr> <th>Provenance des demandes</th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hôpitaux</td> <td>258</td> <td>257</td> <td>353</td> </tr> <tr> <td>Dont Hôpital Rothschild</td> <td>62</td> <td>49</td> <td>61</td> </tr> <tr> <td>Cliniques</td> <td>20</td> <td>24</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>USS Fondation</td> <td>43</td> <td>46</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>Autres Maisons de retraite</td> <td>16</td> <td>57</td> <td>44</td> </tr> <tr> <td>Domiciles</td> <td>97</td> <td>165</td> <td>148</td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td>15</td> <td>245</td> <td>196</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DOSSIERS RECUS</td> <td>511</td> <td>794</td> <td>787</td> </tr> </tbody> </table> <p>Les entretiens confirment pour 2023 et 2024 la tendance, à savoir un nombre important d'orientations provenant du partenariat développé avec les assistantes sociales hospitalières mais aussi des demandes spontanées de familles domiciliées à proximité de l'établissement ou adressées par le « bouche à oreilles ». Le nombre de demandes émanant des partenaires tels que : [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED] est plus marginal.</p> <p>A l'origine de la demande d'admission se trouvent notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les hôpitaux de proximité (e.g. [REDACTED]); - Les familles des futurs résidents, qui demandent au médecin traitant de renseigner leur dossier d'admission ; - D'autres EHPAD lorsque leurs conditions de prise en charge ne sont pas adéquates au profil du résident pour lequel ils souhaitent un transfert. <p>Un dossier unique d'admission est reçu au sein de l'EHPAD Rothschild pour chaque résident souhaitant intégrer la structure, par le biais de Via Trajectoire ou des familles.</p> <p>La procédure d'admission (Réf. : Procédure 001, version 6 du 6 février 2024), qui intègre plusieurs composantes (i.e. la fiche de préadmission, la procédure d'admission proprement-dite, la check-list des actions à mener durant le processus d'admission d'un résident, l'invitation au repas de bienvenue, le bon de</p>	Provenance des demandes	2020	2021	2022	Hôpitaux	258	257	353	Dont Hôpital Rothschild	62	49	61	Cliniques	20	24	24	USS Fondation	43	46	22	Autres Maisons de retraite	16	57	44	Domiciles	97	165	148	Autres	15	245	196	TOTAL DOSSIERS RECUS	511	794	787
Provenance des demandes	2020	2021	2022																																					
Hôpitaux	258	257	353																																					
Dont Hôpital Rothschild	62	49	61																																					
Cliniques	20	24	24																																					
USS Fondation	43	46	22																																					
Autres Maisons de retraite	16	57	44																																					
Domiciles	97	165	148																																					
Autres	15	245	196																																					
TOTAL DOSSIERS RECUS	511	794	787																																					

*IGAS N°LIGNE	Sous- thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
			<p>sortie congé/week-end), est disponible dans l'outil [REDACTED]. Elaborée sous forme de tableau, cette procédure d'admission proprement-dite comporte cinq parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préparation du dossier ; - En cas d'avis favorable ; - En cas d'avis défavorable ; - Le jour J (arrivée de l'habitant) ; - Qualification de l'Identité Nationale de Santé. <p>Cette procédure recense les principales étapes à suivre lors du processus d'admission. Par ailleurs, une check-list la complète, et permet de valider toutes les actions à mener à l'admission et tout au long du séjour du résident dans l'EHPAD MRG Rothschild.</p> <p>La procédure d'admission décrit les actions des acteurs impliqués (service admission / médecins / cadre administratif / familles / assistantes sociales / directeur / cadres de santé). Les psychologues n'apparaissent pas dans la procédure d'admission.</p> <p>La procédure n'est pas connue du personnel rencontré. Certains agents ont évoqué l'existence de documents obsolètes mais n'avaient pas connaissance d'une procédure d'admission actualisée. Le cadre administratif en poste depuis le mois de février 2024, indique avoir entamé une démarche d'observation active afin d'élaborer une procédure d'admission. Or deux documents ont été transmis à la mission : « procédure d'admission d'un habitant » datant du 06 février 2024 et « préparation de l'accueil d'un nouveau résident » check liste du 18 mars 2014 actualisée février 2023.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 40 : La procédure d'admission actualisée n'est pas connue de l'ensemble des professionnels concernés.</p> </div> <p>Le recours au CERFA 14732*03 ainsi que l'utilisation de VIA-TRAJECTOIRE sont mentionnés dans la procédure et ont été évoqués par les agents lors des entretiens. Des impressions papier ont été retrouvées dans certains dossiers résidents.</p> <p>La procédure spécifie les documents envoyés ou remis au résident/à la famille à chaque étape de l'admission. Le recensement et l'analyse des besoins des résidents ne sont pas mentionnés dans la procédure d'admission. Les entretiens confirment que recueil des habitudes de vie n'est pas effectué lors de l'admission mais qu'il est confié au postulant et/ou à son entourage par la remise du formulaire recueil des habitudes de vie, au moment de la constitution du dossier. Les agents soulignent un taux de retour particulièrement bas du document, jugé trop long par les familles (dix-huit pages). Très peu de recueil d'habitudes de vie ont été retrouvés dans l'échantillon de dossiers consultés par la mission d'inspection.</p> <p>Une commission d'admission se tient au moins une fois par semaine en présence des trois médecins coordonnateurs et de la responsable des admissions/gestionnaire admission ou du cadre administratif. Les dossiers d'admission y sont étudiés.</p>

*IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Les médecins coordonnateurs statuent sur chaque demande d'admission d'un résident. L'avis est tracé directement dans la demande d'admission et sur l'outil Via Trajectoire.</p> <p>La visite de préadmission (VPA) n'est pas systématique. Elle avait systématiquement lieu avant la pandémie COVID. Les entretiens expliquent l'abandon des VPA systématiques par l'allongement du délai d'instruction des dossiers d'admission et les remarques émanant des partenaires hospitaliers. Actuellement cette visite est proposée principalement aux futurs résidents présentant des pathologies psychiatriques. Afin d'être acceptés au sein de l'EHPAD MRG Rothschild, ceux-ci doivent avoir une pathologie psychiatrique stabilisée, et en même temps accepter le projet d'admission dans un EHPAD. Lorsqu'une VPA est programmée, elle se déroule en présence d'un médecin de la MRG et d'un psychiatre.</p> <p>Le fait de ne pas prévoir de visite de pré admission (VPA) systématique s'oppose</p> <p style="padding-left: 20px;">Au projet d'établissement qui indique : « Lorsque le dossier de pré admission est déclaré complet, une visite médicale est programmée avec un médecin gériatre »</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Remarque 41 : En l'absence de visite de pré admission, le processus d'admission en œuvre dans l'établissement ne permet pas une documentation complète de la demande en appui à la prise de décision, et ne favorise pas la préparation et l'adaptation du résident.</p> </div> <p>Concernant les critères de refus d'admission, il n'existe pas une liste préétablie. Un refus est prononcé lorsqu'il existe une instabilité clinique des pathologies présentées par le futur résident, de même que lorsque les moyens nécessaires à sa prise en charge dépassent les moyens disponibles dans l'EHPAD Rothschild.</p> <p>Il n'existe pas de procédure de communication de refus d'admission.</p>
3.1	3.1.2	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	L'admission dans l'EHPAD	<p>Comme évoqué au point IGAS n° 3.1 / 3.1.1 la procédure d'admission est disponible dans l'outil [REDACTED].</p> <p>Concernant le bilan gériatrique, il ressort des entretiens menés, que celui-ci n'est pas réalisé systématiquement à l'admission d'un résident. La raison invoquée en entretien par les professionnels est l'origine hospitalière des résidents admis dans l'EHPAD Rothschild, et l'existence d'un bilan gériatrique hospitalier réalisé récemment. Pour ces résidents, le bilan gériatrique est complété si besoin par une évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Du risque d'escarre (i.e. échelle de Norton) ; - De la douleur (i.e. Algoplus ou EVS) ; - Des troubles de la déglutition lorsque ceux-ci ne sont pas évalués dans l'hôpital à l'origine de la demande d'admission en EHPAD, par l'intervention de la diététicienne et, en cas de doute, d'un orthophoniste libéral. Toutefois, ces propos ne sont pas concordants avec ceux des familles. - Du risque de chute / des troubles de la marche par le médecin. Lorsque le médecin identifie un risque de chute et/ou un trouble de la marche, un bilan de kinésithérapie et/ou de psychomotricité est demandé à l'admission.

IDAS N°LIGNE	Sous- thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
			<p>Afin de conforter les informations relatives à l'admission, issues des entretiens, la mission a vérifié le contenu des dossiers médicaux de résidents sur la base d'un échantillon de dossiers.</p> <p>Deux analyses statistiques relatives à l'admission des résidents ont été menées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une en rapport avec la traçabilité du dépistage à l'admission des troubles de la déglutition ; - Une en rapport avec la réalisation du bilan gérontologique « initial » à effectuer en début d'accompagnement du résident dans l'EHPAD. <p>A) <u>Focus sur la traçabilité de la recherche des troubles de la déglutition à l'admission des résidents dans l'EHPAD Rothschild</u></p> <p>Une analyse statistique descriptive relative à la recherche de la traçabilité de l'évaluation de la présence d'un trouble de la déglutition chez le résident récemment admis en EHPAD a été menée. Cette évaluation peut être réalisée : soit par interrogatoire du résident ou de son représentant légal le cas échéant, soit par le biais du test au verre d'eau. Ces deux démarches, sont à consigner dans le dossier du résident lorsqu'elles sont réalisées. L'analyse statistique descriptive a été réalisée en utilisant le fichier d'analyse des dossiers médicaux présenté en annexe, qui porte sur 120 dossiers. Les résultats issus de l'analyse de ces cent vingt dossiers médicaux indiquent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour soixante-cinq résidents (54,2%) admis à l'issue d'un séjour dans un autre établissement de santé ou médico-social, la présence d'un diagnostic de trouble de la déglutition est supposée être posée par le service ayant initialement pris en charge le patient. Mais aucune information relative à la recherche d'un trouble de la déglutition n'a été tracée dans leur dossier médical ; - Pour dix résidents (8,3%), le trouble de la déglutition était déjà diagnostiqué avant l'admission en EHPAD, soit par un médecin hospitalier soit par leur médecin traitant ; - Pour huit résidents provenant du domicile (6,7%), une évaluation de la présence d'un trouble de la déglutition a été réalisée à l'admission et tracée dans le dossier du résident ; - Pour trente-trois résidents provenant du domicile (27,5%), aucune information relative à la recherche d'un trouble de la déglutition n'a été tracée dans leur dossier médical ; - Pour quatre résidents (3,3%), aucun examen clinique à l'admission n'a pas été tracé dans leur dossier médical. <p>Partant du principe que ce qui n'est pas tracé est réputé non réalisé : Si l'on s'en tient aux patients issus du domicile, pour lesquels les professionnels déclarent qu'une évaluation des troubles de la déglutition est faite à l'admission par la diététicienne et par une orthophoniste en cas de doute, il ressort que sur 45 résidents concernés parmi l'échantillon des 120 dossiers analysés, 37 n'en ont pas bénéficié, soit un taux de réalisation des tests de 18% versus 82% de résidents issus du domicile non testés.</p>

IGAS N°LIGNE	Sous- thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
			<div data-bbox="772 300 2056 434" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Écart 32 : Lors de la réalisation d'un bilan gériatrique à l'admission d'un résident provenant de son domicile, la traçabilité de la recherche d'un trouble de la déglutition le concernant n'est que rarement consignée dans son dossier médical et est donc réputée non réalisée, contexte qui nuit à la sécurité et à la qualité de sa prise en charge, et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF24.</p> </div> <p>B) Focus sur la traçabilité du bilan gériatrique « initial » réalisé dans le mois qui suit l'admission du résident :</p> <p>L'analyse du bilan gériatrique réalisé à l'admission du résident dans l'EHPAD MRG Rothschild, vise à décrire la traçabilité de l'évaluation gériatrique selon plusieurs dimensions de ce bilan (e.g. cognitif, motricité). Il est souhaitable d'effectuer ce bilan dans le mois qui suit l'admission du résident dans l'EHPAD. Deux fichiers, présentés en annexe, ont été utilisés pour répondre à la question de la traçabilité de la réalisation des bilans gériatriques à l'admission :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le fichier d'analyse des 120 dossiers déjà utilisés ci-dessus ; 2. Le fichier d'extraction des données. <p>1. Une première analyse a été menée en utilisant le fichier d'analyse des dossiers médicaux des résidents admis entre décembre 2023 et mai 2024 (flux des entrants). Afin d'analyser exclusivement la traçabilité de la réalisation des bilans gériatriques effectués au sein de l'EHPAD Rothschild, les résidents qui ont eu une évaluation de ce bilan avant leur arrivée dans l'EHPAD, ont été exclus de l'analyse.</p> <p>Parmi les cent vingt dossiers médicaux de l'échantillon initial, trente-et-un ont été créés entre décembre 2023 et mai 2024. Il a été considéré qu'un bilan gériatrique à l'admission peut être réalisé à l'issue du premier mois de prise en charge du résident (D + 31 maximum). Parmi ces dossiers, quinze, qui comportaient une évaluation gériatrique réalisée dans le service hospitalier qui adressait le résident à l'EHPAD Rothschild, ont été exclus de l'analyse.</p> <p>Au total, seize dossiers médicaux ont fait l'objet d'une analyse de la traçabilité de la réalisation du bilan gériatrique des résidents à l'admission :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur le plan cognitif (e.g. MMSE, test de l'horloge, test de cinq mots de Dubois) ; - Sur le plan psychique (e.g. GDS15, échelle de Cornell, échelle RUD) ; - Sur le plan des troubles du comportement (e.g. NPI-ES, échelle Cohen-Mansfield) ; - Sur le plan de la mobilité et du risque de chute (e.g. Tinetti, TMM) ; - Sur le plan nutritionnel (e.g. Mini-MNA) ;

²⁴ Article L311-3 (1°) (3°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est *garanti à toute personne accueillie* et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ;

3° Une prise en charge et un *accompagnement individualisé de qualité* favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptées à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. »

- Sur le plan douleur (e.g. Algoplus/Doloplus, EVS) ;
- Sur le plan de la dépendance (i.e. GIR).

Les résultats de l'analyse portent d'une part sur les antécédents de ces seize résidents, qui peuvent orienter le clinicien à explorer une partie voire toutes ces dimensions d'évaluation d'un bilan gériatrique. La répartition des effectifs selon les types d'antécédents personnels des résidents est présentée dans le Tableau 3.

Tableau 3. Répartition des effectifs selon les types d'antécédents personnels des résidents

Type d'antécédent personnel	Nombre de résidents
Trouble cognitif	12
Trouble de l'humeur	5
Dénutrition	4
Chutes à répétition	2
Accident vasculaire cérébral	3
Trouble de la déglutition	2

Le nombre des évaluations réalisées par dimension de bilan gériatrique est illustrée dans le Tableau 4.

Tableau 4. Nombre d'évaluations par dimension du bilan gériatrique

Dimension explorée	Nombre de résidents évalués
Cognitive	1
Humeur	0*
Comportement	4
Mobilité	8
Nutrition	7
Douleur	4
Dépendance	15

Note : *Les psychologues de l'EHPAD utilisent pour l'évaluation thymique d'autres échelles que celles précitées pour le bilan gériatrique.

Bien qu'une partie des résidents présentent des antécédents personnels de troubles cognitifs ou de l'humeur, leur évaluation gériatrique de la dimension cognitive et de l'humeur n'est pas systématiquement tracée dans leur dossier médical. L'analyse des données sur l'ensemble des résidents accueillis au sein de la MRG courant juillet 2024 conforte la démonstration. Il y apparaît que moins de 10% des résidents accueillis au sein de la MRG en juillet 2024

70AS N°LIGNE	Sous- thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
			<p>disposaient en juin 2024 d'une évaluation cognitive et moins de 10% d'une évaluation nutritionnelle sachant que ces évaluations doivent être répétées pour établir un suivi de l'évolution des résidents.</p> <p>2. Une seconde analyse a été réalisée de janvier à juin 2024 à partir des dossiers médicaux des 486 résidents présents dans l'EHPAD MRG Rothschild courant juin 2024 (stock des présents). Elle porte sur la réalisation des évaluations gériatriques pour la période janvier - juin 2024. Leur analyse conduit aux constats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour la dimension cognitive : dix-neuf résidents ont été évalués au moyen de l'échelle MMSE ; - Pour la dimension comportementale vingt-cinq résidents ont été évalués au moyen de l'échelle NPI-ES ; - Pour la dimension nutritionnelle quarante-deux résidents ont été évalués au moyen de l'échelle MiniMNA ; - Pour la dimension douleur deux cent quatre-vingt-quinze résidents ont eu au moins une évaluation de la douleur (i.e. échelles Algoplus/Doloplus, EVS). Ainsi, les échelles Algoplus et Doloplus ont été passées sept cent vingt-et-une fois pendant cette période chez quatre-vingt-deux résidents, et l'évaluation EVS a été réalisée trois mille neuf cents quarante-trois fois. <p>Ces évaluations gériatriques sont à la fois des évaluations initiales et de suivi. Afin d'identifier seulement les évaluations gériatriques initiales, les dossiers des 75 résidents admis entre décembre 2023 et mai 2024 ²⁵ont été retenus dans l'analyse.</p> <p>Au total, quarante-deux résidents sur 75 admis (56%) ont eu une évaluation gériatrique initiale explorant une ou plusieurs de ses dimensions dans <u>les</u> mois suivant leur admission dans l'EHPAD.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sept résidents ont été évalués au moyen de l'échelle MMSE ; - Dix résidents ont été évalués au moyen de l'échelle NPI-ES ; - Trente-sept résidents ont été évalués au moyen de l'échelle MiniMNA. <p>L'analyse du fichier d'extractions des données conforte les résultats de l'analyse du fichier des dossiers médicaux. L'évaluation gériatrique initiale n'est pas systématiquement tracée dans les dossiers des résidents récemment admis dans l'EHPAD. En somme, l'évaluation gériatrique des résidents semble se limiter à l'évaluation des dimensions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cognitive (i.e. MMSE) ; - Comportementale (i.e. NPI-ES) ; - Mobilité (i.e. Tinetti, TMM) ; - Nutritionnelle (i.e. MiniMNA) ; - Douleur (i.e. Algoplus/Doloplus, EVS) ; - Dépendance (i.e. GIR).

²⁵ Cette fenêtre temporelle a été sélectionnée pour laisser un mois écoulé entre l'admission et la réalisation de l'évaluation

IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Sur la période de décembre 2023 à mai 2024 : soixante-quinze résidents ont été admis au sein de l'EHPAD Rothschild. Conformément à l'article D312-158 (6°) du CASF, soixante-quinze évaluations gériatriques aurait dû être réalisées. Or, seuls quarante-deux résidents ont eu une évaluation gériatrique initiale explorant une ou plusieurs de ses dimensions.</p> <p>Écart 33 : Un bilan gériatrique n'est pas systématiquement réalisé après l'admission des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-158 (6) du CASF26.</p>
3.1	3.1.3	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p><u>L'élaboration et le suivi des projets individuels d'accompagnement (PIA)</u></p> <p><u>Les réunions de synthèse</u></p>	<p>L'établissement dispose d'une procédure d'élaboration et d'actualisation des Projets d'Accompagnement Personnalisés (PAP). Cette procédure décrit les différentes étapes et les actions réalisées par les acteurs concernés par les PAP. L'intervention des psychologues n'est pas mentionnée dans l'élaboration du PAP, ni au niveau du recueil des habitudes de vie. Ils ne sont pas non plus mentionnés comme référents des PAP, alors qu'il a été rapporté à la mission lors des entretiens que les psychologues étaient référents des PAP.</p> <p>L'intervention des psychologues est prévue aux étapes 0.6 « suivi des projets » ; 4 à 4.6 « présentation au résident ».</p> <p>Le résident et la famille n'apparaissent pas dans la colonne « acteurs » du PAP. La participation du résident et/ou la famille est sous entendue à l'étape 0.2 « Remettre le recueil des habitudes de vie au moment de la constitution du dossier candidat » puis sollicitée à l'étape 4.1 « une fois que le projet de vie est prêt » (à j+2 mois de l'entrée du résident).</p> <p>Les entretiens et la procédure précisent que le PAP est rédigé en équipe pluridisciplinaire puis est présenté à la famille/au résident. Après accord de la famille, un avenant au contrat de séjour est rédigé et transmis à la direction de l'établissement. Les psychologues évoquent des refus de signature des PAP de la part des familles ou des négociations pour obtenir les signatures.</p> <p>Le livret d'accueil prévoit au point 4 que « [...] les habitudes de vie du résident sont prises en compte pour définir les objectifs et actions pour un accompagnement adapté. Il s'agit d'une démarche dynamique menée avec le résident, ses proches et l'équipe professionnelle. Ce projet est contractualisé sous forme d'un avenant au contrat de séjour ». Peu d'avenant ont été trouvés dans l'échantillon de dossiers résidents consultés par la mission d'inspection.</p> <p>Écart 34 : La participation directe de la personne prise en charge à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne n'est pas mise en œuvre, ce qui contrevient à l'article L311-3 7° CASF</p>

²⁶ Article D312-158 (6°) du CASF : « Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante :

6° Coordonne la réalisation d'une évaluation gériatrique et, dans ce cadre, peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il transmet ses conclusions au médecin traitant ou désigné par le patient. L'évaluation gériatrique est réalisée à l'entrée du résident puis en tant que de besoin ; »

*IGAS N° LIGNE	Sous- thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires																
			<p>La procédure PAP prévoit une réunion pluridisciplinaire au cours du deuxième mois de l'entrée du résident pour échanger sur la situation et émettre des propositions en vue d'établir le projet sur OSIRIS. Il est prévu l'élaboration du PAP « dans un délai qui doit être adapté à chaque situation, si possible dans les 3 premiers mois suivant l'admission de la personne ». Les psychologues indiquent rencontrer des difficultés à mobiliser les équipes.</p> <p>Afin de corroborer ou pas le fonctionnement décrit à partir de la procédure et des entretiens, la mission a procédé à partir des extractions des dossiers de soins à l'analyse de l'élaboration des projets individuels d'accompagnement (PAP).</p> <p>L'analyse de l'élaboration des PAP vise à estimer, d'une part le pourcentage de PAP élaborés à l'EHPAD MRG Rothschild lors des sept dernières années, et, d'autre part à calculer le délai de leur élaboration sur la période 2022 – 2024 (i.e. après la pandémie COVID).</p> <p>Le pourcentage relatif à l'élaboration des projets de vie individuels a été étudié à partir de deux fichiers de données, présentés en annexe :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le fichier d'extraction des données ; 2. Le fichier d'analyse des dossiers médicaux. <p>Le délai d'élaboration des PAP a été analysé à partir du fichier d'analyse des dossiers médicaux.</p> <p>1. L'analyse du <i>fichier d'extraction des données</i> indique que quatre cent vingt-cinq PAP ont été élaborés sur la période 2018 – 2024. Les effectifs annuels des PAP élaborés fluctuent au fil du temps (Tableau 7).</p> <p>Tableau 7. Nombre annuel de PAP élaborés sur la période 2018 – 2024</p> <table border="1" data-bbox="667 805 1079 1121"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Nombre PAP élaborés</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>84</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>204</td> </tr> <tr> <td>2024 (6 mois)</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table> <p>Il convient de remarquer qu'une impulsion sur l'élaboration des PAP est constatée depuis la fin de la pandémie COVID,</p> <p>2. L'analyse du <i>fichier d'analyse des dossiers médicaux</i> a permis de constater que 98 PAP étaient déjà élaborés sur les 120 dossiers sélectionnés composant l'échantillon étudié (81,7%). Cependant, lorsque l'analyse vise à étudier le délai, en mois écoulé, entre la date d'admission et la date d'élaboration du PAP, les admissions des résidents avant 2022 conduisent à des valeurs très élevées de ce délai. Comme il est présenté dans le Tableau 7, il est plus judicieux d'analyser les données relatives à la période 2022 -2024 (i.e. en dehors de la période COVID). Ainsi, lorsque le choix des résidents</p>	Année	Nombre PAP élaborés	2018	10	2019	14	2020	0	2021	23	2022	84	2023	204	2024 (6 mois)	90
Année	Nombre PAP élaborés																		
2018	10																		
2019	14																		
2020	0																		
2021	23																		
2022	84																		
2023	204																		
2024 (6 mois)	90																		

*IGAS N°LIGNE	Sous- thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
			<p>admis entre 2022 et 2024 est opéré, 70 dossiers médicaux sont retenus sur l'échantillon des 120 dossiers, dont 48 ont un PAP tracé (68,6%). Le délai moyen de leur élaboration est de six mois.</p> <p>Écart 35 : Un PAP n'est pas élaboré pour chaque résident admis au sein de l'EHPAD Rothschild, ce qui contrevient aux dispositions de l'<u>article D312-155-01 (3°) du CASF</u>²⁷.</p> <p>La répartition du taux de réalisation des PAP par pôles est la suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour le pôle Ditzia 94,4% des PAP sont déjà établis ; - Pour le pôle Rina 81,8% des PAP sont déjà établis ; - Pour les pôles Guila et Malka environ 79% des PAP sont déjà établis. <p>Les réunions de synthèse, qui ont lieu hebdomadairement, regroupent : les cadres de santé, les aides-soignants référents, le psychologue, le cadre rééducateur et le résident ou son représentant légal. Ces réunions sont animées par le psychologue. Celui-ci est en outre en charge de tenir à jour le calendrier de leur déroulement.</p> <p>Le calendrier de mise à jour / réévaluation des PVI/PAP n'a pas été transmis à la mission d'inspection.</p> <p>Remarque 42 : L'absence de calendrier nominatif par pôle de réévaluation des PAP, ne permet pas de garantir leur mise à jour régulière pour chaque résident.</p>
3.1	3.1.4	<u>Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie</u> <u>Analyse des pratiques, échanges de bonnes pratiques dans le cadre de l'amélioration des prises en charge des résidents</u>	<p>Il n'y a pas d'échanges de bonnes pratiques dans le cadre d'amélioration des prises en charge des résidents. Il n'y a pas non plus d'harmonisation des pratiques entre les pôles, lesquels disposent d'un MedCo et de cadres de santé dédiées.</p> <p>Lors des différents entretiens, il ressort que le projet d'établissement est méconnu des personnels soignants, y compris encadrants. Ce document ne fait pas état de temps institutionnalisés pour des temps d'échanges favorisant les bonnes pratiques.</p> <p>Remarque 43 : La mission constate l'absence d'échanges de bonnes pratiques et d'harmonisation entre les pôles</p>

²⁷ Article D312-155-01 (3°) du CASF : « 1.- Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés au I et au II de l'article L. 313-12 :

3° *Mettent en place avec la personne accueillie et le cas échéant avec sa personne de confiance un projet d'accompagnement personnalisé adaptés aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies ; »*

SIGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1	3.1.5	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>Les médecins traitants</u>	<p>Il ressort des entretiens menés avec les médecins prescripteurs de l'établissement que chaque résident a un médecin traitant gériatre, qui fait partie de l'équipe de sept médecins de l'EHPAD MRG Rothschild. Aucun médecin traitant libéral n'intervient auprès des résidents. Il convient de remarquer en outre que la présence médicale au sein de l'EHPAD MRG Rothschild est H24, ce qui assure la continuité de la prise en charge médicale des résidents.</p> <p>Pourtant, l'analyse des données administratives communiquées par la direction de l'EHPAD identifie 30 « médecins traitants » dont seulement cinq sont présents sur l'organigramme mis à jour et transmis à la mission d'inspection.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 44 : Les informations relatives au « médecin traitant » déclaré à l'Assurance maladie de chaque résident ne sont pas à jour, toutefois cette notion est sans objet, l'établissement étant au tarif global.</p> </div>
3.1	3.1.6	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>La complétude des dossiers médicaux</u>	<p>L'analyse statistique relative à la complétude des dossiers médicaux, qui visait à décrire la traçabilité des différentes composantes de l'observation médicale, ainsi que celle de la synthèse médicale annuelle, a été réalisée au moyen du <i>fichier d'analyse des dossiers médicaux (n = 120)</i>. Les dossiers médicaux saisis dans ce fichier, présenté en annexe, ont été divisés en deux groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ceux établis depuis moins d'un an (53 dossiers), permettant d'analyser notamment la traçabilité de l'observation médicale réalisée à l'admission de chaque résident et de ses observations médicales de suivi ; - Ceux établis il-y-a plus d'un an (67 dossiers), permettant d'analyser principalement la traçabilité de l'observation de synthèse annuelle. <p><u>Analyse des données relatives à la traçabilité de l'observation médicale à l'admission</u></p> <p>Cette analyse porte sur les composantes de l'observation médicale suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motif d'admission ; - Antécédents personnels / familiaux ; - Allergies ; - Histoire de la maladie ; - Examen clinique à l'admission ; - Traitement à l'admission ; - Synthèse et conclusion. <p>Le Tableau 8 présente les résultats de cette analyse.</p>

*IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires														
				<p>Tableau 8. Nombre d'éléments de l'observation médicale à l'admission tracés dans le dossier du résident</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Élément évalué</th> <th>Nombre de dossiers renseignés</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Antécédents personnels / familiaux</td> <td>53</td> </tr> <tr> <td>Allergies</td> <td>53</td> </tr> <tr> <td>Histoire de la maladie</td> <td>53</td> </tr> <tr> <td>Examen clinique à l'admission</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>Traitement à l'admission</td> <td>52</td> </tr> <tr> <td>Synthèse et conclusion</td> <td>53</td> </tr> </tbody> </table> <p>Écart 36 : Au total, les principaux éléments de l'observation médicale à l'admission d'un résident sont consignés dans son dossier médical hormis pour l'examen clinique à l'admission qui n'a été retrouvé que dans 40/53 = 75,5% dossiers. Aussi la mission ne peut affirmer que l'examen clinique est systématiquement réalisé à l'admission d'un résident. L'absence de traçabilité de l'examen clinique d'admission dans 25% des dossiers indique, soit que cet examen n'a pas été systématiquement réalisé, soit qu'il n'a pas été systématiquement tracé ce qui nuit à la qualité et à la sécurité de sa prise en charge et de la santé des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF.</p> <p><u>Analyse des données relatives à la traçabilité de l'observation de synthèse médicale annuelle</u></p> <p>L'observation des synthèses médicales annuelle intègre les mêmes composantes que celles évaluées à l'admission du résident. Elles sont, en outre, complétées par l'évolution clinique du résident sous traitement (e.g. médicamenteux, de rééducation). Parmi les 67 dossiers analysés, 13 comportaient une synthèse médicale (19,4%).</p> <p>Écart 37 : Les synthèses médicales annuelles ne sont que rarement effectives, contexte qui nuit à la qualité de la prise en charge des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF28.</p>	Élément évalué	Nombre de dossiers renseignés	Antécédents personnels / familiaux	53	Allergies	53	Histoire de la maladie	53	Examen clinique à l'admission	40	Traitement à l'admission	52	Synthèse et conclusion	53
Élément évalué	Nombre de dossiers renseignés																	
Antécédents personnels / familiaux	53																	
Allergies	53																	
Histoire de la maladie	53																	
Examen clinique à l'admission	40																	
Traitement à l'admission	52																	
Synthèse et conclusion	53																	

²⁸ Article L311-3 (3°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. »

*IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1	3.1.7	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Les transmissions inter équipes	<p>Les transmissions inter équipes s'organisent différemment selon la catégorie de soignant. Leur pilotage est assuré par les IDE ou les AS qui terminent leur période de travail. Ce temps de transmission figure dans les fiches de tâches du personnel. Ces transmissions sont à la fois orales et écrites. Un document [REDACTED]™ dénommé transmissions de jour ou de nuit est utilisé comme support. Pour les événements marquants, des transmissions ciblées sont également consignées dans le logiciel [REDACTED]™. L'organisation des transmissions est en outre différente selon le pôle de prise en soins.</p> <p>Organisation des transmissions soignantes sur le pôle Malka :</p> <p><u>Transmissions des IDE :</u></p> <p>Les transmissions du matin ont lieu entre 7h00 et 7h15. En effet, les IDE de nuit sont présentes dans l'EHPAD de 20h15 à 7h15, situation qui permet d'avoir un chevauchement des plannings de 15 minutes. A 7h00 du matin trois IDE commencent leur journée de travail : au 1^e, 3^e, et 5^e étage. A 8h30 deux IDE commencent leur journée de travail : au 2^e et 4^e étage.</p> <p>Les transmissions du soir ont lieu entre 20h15 et 20h30. En effet, les IDE du 2^e et 4^e étage terminent leur journée à 20h30, situation qui permet d'avoir un chevauchement des plannings de 15 minutes avec les IDE de nuit.</p> <p><u>Transmissions des AS :</u></p> <p>Les transmissions du matin ont lieu entre 7h00 et 7h15. En effet, les AS de nuit arrivent la veille à 20h15 et terminent leur service à 7h15, situation qui permet un chevauchement des plannings de 15 minutes.</p> <p>Les transmissions du soir ont lieu entre 20h15 et 20h30. En effet, les AS de jour terminent leur service à 19h00, 20h00 et 21h00, situation qui permet à l'AS qui finit sa journée à 21h00 de réaliser les transmissions aux AS de nuit.</p> <p><u>Des transmissions ont lieu chaque matin d'un jour ouvrable entre le médecin coordonnateur et l'équipe paramédicale.</u> Lorsque le médecin coordonnateur arrive le matin, il prend d'abord connaissance de toutes les transmissions ciblées de la nuit par le biais du logiciel [REDACTED]™. Ensuite, le médecin coordonnateur va échanger avec les soignants de jour, afin de prendre connaissance des problématiques qui se posent pour chaque résident dont il a la charge en tant que médecin traitant.</p> <p>Organisation des transmissions soignantes sur le pôle Ditzza-Rina :</p> <p><u>Transmissions IDE :</u></p> <p>Deux IDE prodiguent leurs soins en journée aux résidents de la partie Ditzza du pôle Ditzza-Rina. La première prend son poste à 7h00 et la deuxième arrive à 8h30.</p> <p>L'IDE qui arrive à 7h00 ne croise pas les IDE de nuit. Pour mémoire, la couverture IDE la nuit est assurée par 2 IDE pour 3 pôles de prise en charge au sein de l'établissement. Les transmissions infirmières de nuit sont par conséquent écrites et se font par le biais de deux supports : des transmissions ciblées consignées dans le logiciel [REDACTED]™, des transmissions au moyen d'un document [REDACTED]™ dénommé transmissions de jour et de nuit. Ce document comporte plusieurs parties dont : les chutes, les traitements qui nécessitent une administration à des heures précises, autres informations (e.g. envoi d'un résident aux urgences).</p>

Lorsque l'IDE qui arrive à 8h30 prends son poste, une transmission infirmière avec l'IDE qui est arrivée à 7h00 a lieu. Ensuite elles réalisent ensemble les soins qui nécessitent la présence de deux infirmières (e.g. pansements, certains prélèvements de sang). Quand elles terminent ces soins, chacune prend en charge un étage et demi du pôle Ditzza.

A 19h00, l'IDE arrivée le matin à 7h00 réalise les transmissions orales et écrites pour l'équipe de nuit à sa collègue arrivée le matin à 8h30. Cette dernière, prépare les transmissions écrites pour sa collègue de nuit qui arrive à 20h15. Les deux infirmières ne se croisent pas, mais pour des soins importants l'infirmière du pôle Ditzza qui part à 20h30 appelle par téléphone sa collègue de nuit, afin de lui transmettre oralement les actes infirmiers importants à réaliser pendant la nuit.

Transmissions des AS :

Trois horaires de travail existent en journée pour les AS :

- De 7h00 à 19h00 ;
- De 8h00 à 20h00 ;
- De 9h00 à 21h00.

L'AS qui arrive le matin à 7h00 reçoit des transmissions orales, devant la chambre de chaque résident, de la part de l'AS de nuit. Un chevauchement des plannings de 15 minutes leur permet de réaliser ensemble les transmissions. Lorsque l'AS qui travaille à partir de 8h00 prend son poste, elle reçoit des transmissions de sa collègue qui est arrivée à 7h00. Elle prend par ailleurs connaissance des transmissions ciblées consignées dans le logiciel [REDACTED] pour la nuit qui vient de s'écouler. De la même manière, l'AS qui commence sa journée de travail à 9h00, reçoit des transmissions orales des deux AS arrivés plutôt et prend connaissance des transmissions ciblées consignées dans le logiciel [REDACTED].

L'AS qui arrive à 9h00 du matin, réalise les transmissions orales devant la chambre de chaque résident avec sa collègue qui prend la relève la nuit à 20h15.

Le médecin coordonnateur du pôle Ditzza-Rina, lorsqu'il arrive le matin, prend connaissance, d'une part, des transmissions médicales de la nuit écoulée écrites par le médecin de garde qui lui parviennent par courriel, et, d'autre part, il lit toutes les transmissions ciblées effectuées pendant la nuit dans le logiciel [REDACTED]™. Ensuite, il va à la rencontre des soignants de jour étage par étage, afin de prendre connaissance des problématiques médicales qui se posent pour les résidents dont il e la charge.

Sur Guilla, le temps de transmission inter-équipes est formalisé dans les fiches d'accueil des nouveaux arrivants IDE de la façon suivante :

Transmissions entre IDE de jour et de nuit

Quand	7h - 7h15	8h30 - 8h45	18h45 - 19h	20h15 - 20h30		
Qui	IDE Nuit à IDE jour Guila 2, 3 et 5	IDE 2 à IDE 1	IDE 5 à IDE 4	IDE 2 et 3 à IDE 1	IDE 5 à IDE 4	IDE 1 et 4 à IDE Nuit
Où (poste de soins)	Guila 2	Guila 2	Guila 5	Guila 1	Guila 4	Guila 1

*IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Selon les entretiens avec les membres du personnel AS/ AES/AMP/ auxiliaire de vie, les personnels en horaire de nuit sont tous au même horaire : 20h15 à 07h15 le lendemain matin. De ce fait, au regard des trois horaires en décalé du personnel de jour, un temps de transmission de 15 minutes est assuré le matin de 7h à 7h 15 et le soir à partir de 20h15, la dernière AS de jour terminant à 21h. Pour les IDE en journée, deux horaires différents (7h19h et 8h30/ 20h30) qui permettent de la même façon les temps de transmission orale.</p> <p>En revanche, en journée, il n'est pas prévu de temps de transmission au sein de la même équipe.</p>

3.2. Respect des droits des personnes

*IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.2	3.2.1	Respect des droits des personnes	<p><u>La place des familles</u></p>	<p><u>La place des familles</u></p> <p>Le règlement de fonctionnement stipule que « la personne référente, ainsi que le représentant légal et la personne de confiance le cas échéant, sont inscrits dans le dossier de préadmission et dans le dossier informatisé du résident. Ils sont sollicités pour toute décision importante, tout évènement grave ou altération de la santé de l'usager ».</p> <p>Les familles ou les proches des résidents sont très présents dans l'établissement. Ce dernier dispose d'horaires d'accueil souples et larges : « 13h30-20h, avec la possibilité de venir déjeuner à partir de 11h30. Dans une situation de fin de vie ou en cas de venue de province, les visites sont possibles 24 heures sur 24 ». Les familles et les proches peuvent être reçus dans l'espace Forum, à la cafétéria, au restaurant et dans les chambres.</p> <p>Des réunions avec les familles et les résidents sont organisées avant les réunions des CVS. Quinze jours avant la réunion du CVS, les membres familles du CVS se réunissent et fixent une liste de points, de thèmes à aborder, qui est soumise à la direction, qui parfois ajoute des points en fonction de l'actualité.</p> <p><u>Les réclamations</u></p> <p>Le projet d'établissement (PE) stipule « qu'un registre de réclamations/satisfaction est à disposition des habitants et des familles, à l'accueil. La réponse apportée par la Direction y est tracée, les professionnels, les habitants et les familles peuvent le consulter ». Lorsque la mission a demandé le registre à l'accueil, celui-ci n'était pas disponible et a été rapporté d'un bureau situé à l'étage.</p> <p>Le règlement de fonctionnement indique que « le médecin-traitant, le cadre de santé du pôle et le cadre hôtelier sont à l'écoute, dans leur domaine respectif, des résidents et de leurs familles souhaitant faire entendre une réclamation. La direction, ou un représentant, se tient également à disposition des résidents et de leurs familles, qui sont invités à lui écrire par courrier et/ou à solliciter un rendez-vous ».</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Selon les entretiens avec les psychologues, ces derniers proposent des groupes de paroles aux aidants le dernier vendredi du mois à 15h. Ils rassemblent en moyenne 8 à 10 familles pendant une heure à une heure trente minutes. Un nouvel horaire est en réflexion.</p> <p>La directrice qualité suit un tableau des réclamations et une boîte mail dédiée a été créée récemment pour assurer une centralisation des réclamations.</p> <p>Lorsque les familles s'adressent directement à la direction de la MRG ou aux pôles, par exemple aux cadres de santé, médecins ou psychologues, il ressort des entretiens avec les familles qu'elles ont peu de réponse, du moins par écrit.</p> <p>Les entretiens avec les familles ont aussi permis de faire ressortir les plaintes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vols : Des vols ou des disparitions concernant les vêtements, bijoux ou les lunettes sont déplorées par les familles entendues. Les familles s'interrogent également sur les appareils auditifs ou dentaires « emportés dans des draps » dans certains pôles de l'établissement. Ces négligences du personnel perdurent en dépit de ce problème qui a été remonté à plusieurs reprises. • Qualité de la prise en charge : des situations de toilettes ou de changes non faits ont été signalées ainsi que l'absence d'aide au repas, le ménage non fait, l'eau non distribuée, l'absence de collation la nuit. Les familles ont constaté que les toilettes ne sont pas toujours complètes : pour couper les ongles, nettoyer les yeux, la bouche, les oreilles, les cheveux. Des situations dans lesquelles la texture mixée a été imposée au résident ont été signalées. Conserver ou reprendre un médecin traitant à l'extérieur de l'établissement a été refusé. Le problème de la température élevée en période caniculaire a été souligné, l'établissement dispose d'espaces rafraîchis mais les résidents n'y sont pas toujours installés. • Attitude de certains personnels : certains gestes du personnel ont été perçus comme quelquefois brusques voire inadaptés. L'absence de contact avec les résidents a été relevée (absence de salutation et de communication verbale). L'appel-malade n'est pas toujours à disposition. Le menu n'est pas toujours indiqué aux personnes mal-voyantes. La pause-déjeuner est jugée quelquefois longue. • Médicaments : des erreurs dans leur distribution ont également été signalées par les familles.
3.2	3.2.2	Respect des droits des personnes	<u>La charte des Droits et Libertés des personnes accueillies</u>	<p>La charte des Droits et des Libertés figure dans le livret d'accueil.</p> <p>Ce livret d'accueil est envoyé aux requérants lors des demandes d'informations sur le processus d'admission.</p> <p>La mission a constaté l'absence d'affichage de La charte des Droits et des Libertés dans les locaux de la MRG. En revanche, une charte de bienveillance rédigée par la Fondation de Rothschild est apposée dans certains tableaux d'affichage. Ce document constitue un engagement moral de tout professionnel et s'inscrit en 10 principes.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 38 : La charte des Droits et des Libertés n'est pas affichée dans l'établissement, ce qui contrevient à l'article L311-4 du CASF.</p> </div>

N°CAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.2	3.2.3	Respect des droits des personnes	<u>Les personnes qualifiées départementales</u>	<p>Les missions de la personne qualifiée ainsi que ses modalités de saisine sont expliquées dans le livret d'accueil et dans le règlement de fonctionnement. La mission a constaté l'absence d'affichage de l'arrêté relatif à la désignation des personnes qualifiées.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Écart 39 : La liste des personnes qualifiées n'est pas affichée, ce qui ne permet pas de dispenser l'information sur l'appel qui peut leur être fait prévu à l'article L311-5 du CASF.</p> </div>
3.2	3.2.4	Respect des droits des personnes	<u>La personne de confiance des résidents</u>	<p>Le contrat de séjour fait mention de la désignation de la personne de confiance à son article 3, et son annexe 5 est consacré au formulaire de désignation. Le rôle et les moyens de recours à la personne de confiance sont également détaillés dans le livret d'accueil et dans le règlement de fonctionnement.</p> <p>D'après le projet d'établissement en vigueur, la nomination d'une personne de confiance est signifiée sur le dossier de préadmission et vérifiée à l'arrivée par les chargés d'admission.</p> <p>Le formulaire de désignation d'une personne de confiance figure dans 38% des dossiers administratifs consultés.</p> <p>Il existe donc un dispositif pour faire connaître aux personnes accueillies, la possibilité de désigner une personne de confiance, et ces dernières sont identifiées dès l'admission.</p>
3.2	3.2.5	Respect des droits des personnes	<u>Les directives anticipées</u>	<p>La formalisation des directives anticipées est mentionnée dans le livret d'accueil. Il est précisé que le résident doit se rapprocher de son médecin pour aborder ce sujet.</p> <p>L'article 8 du contrat de séjour explicite le cadre juridique et les modalités de recueil. Le formulaire est présent en annexe 6.</p> <p>Le formulaire de recueil des directives anticipées est absent de l'échantillonnage des dossiers consultés par la mission.</p>
3.2	3.2.6	Respect des droits des personnes	<u>Les contentions</u>	<p>Il existe une procédure « <i>Contention physique</i> ». Cette procédure précise que la contention physique est posée sur prescription « après réflexion collégiale et recherche de toutes les solutions alternatives. » Elaborée sous-forme de tableau, cette procédure comporte les parties suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les principes généraux (e.g. la prescription de contention doit prévenir les chutes, les blessures, les troubles du comportement, et doit être une exception) ; - L'évaluation pluridisciplinaire ; - L'information du résident / de sa famille ; - La prescription médicale ; - Sa mise en place ; - La surveillance quotidienne ; - La réévaluation. <p>Ces étapes successives reprennent les étapes proposées par les recommandations relatives à la contention physique de la personne âgée élaborées par la HAS.</p>

N°IGAS N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
			<p>La contention n'est pas intégrée au PAP du résident.</p> <p>Les contentions sont comptabilisées et analysées dans le RAMA. En 2023, une enquête un jour donné a été menée à l'EHPAD. Sur les 462 résidents présents, 37% ont des contentions, soit 172 résidents. Un total de 209 contentions a été observé ce jour-là dont 129 faisaient l'objet d'une prescription, soit 62% des contentions. En miroir, cela signifie que 38% des contentions ne sont pas prescrites.</p> <p>Le RAMA 2023 précise également que sur l'année, 476 prescriptions de contention au sens large ont été faites dont 372 contentions réelles réparties comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 136 barrières au lit (29%), et 21% pour 2 ridelles au lit - 6% de contentions au fauteuil (30) - 13% de ceintures abdominales (61) - 9% de ceinture pelviennes (45%) <p>Les autres prescriptions de contention concernent les grenouillères : 104 prescriptions sur les 476 de l'année, soit 22% de grenouillères.</p> <p>Selon les données du RAMA, il apparaît que les contentions pratiquées au sein de l'EHPAD ne font pas systématiquement l'objet d'une prescription. S'agissant des contentions par barrière de lit, une distinction est opérée entre barrière et ridelles sans que la mission puisse établir de différence entre ces données (une ridelle est une barrière).</p> <p>Un document intitulé « <i>Recueil des indicateurs du suivi de la démarche qualité en lien avec l'évaluation interne</i> » a été transmis à la mission. Il indique qu'en 2023, 36,9 % des résidents ont une contention passive, jour et nuit, à un jour donné. Et 72,8 % des résidents possèdent une prescription pour leur contention.</p> <p>La mission n'a pas de données depuis 2021 sur le taux de résidents avec annexe au contrat de séjour sur la restriction de la liberté d'aller et venir, renseignée et signée.</p> <p>L'annexe au contrat de séjour décrivant l'information de la contention à la famille n'est pas retrouvée.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Écart 40 : Les dossiers administratifs des résidents sont incomplets et notamment les annexes du contrat de séjour relatives aux mesures de contentions ou de limitation de libertés ne sont pas présentes, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-4-1 du CASF, de l'article D. 311 (V-8°) et des articles R. 311-0-5 à -0-9 ainsi que R. 311-37-1 du même code.</p> </div> <p>Les entretiens menés, conduisent au constat que les pratiques de prescription des contentions sont homogènes dans les trois pôles de prise en soins des résidents.</p> <p>Ainsi, quand elles existent, les prescriptions des contentions sont exclusivement médicales. Chaque prescription de contention est :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuelle ;

N°BAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires																		
				<ul style="list-style-type: none"> - Motivée par la présence d'une pathologie mettant en danger la sécurité du résident en leur absence de mise en place (e.g. troubles cognitifs, troubles du comportement, troubles de la marche, chutes à répétition) ; - Réalisée à l'issue d'une réunion pluridisciplinaire évaluant le rapport bénéfice/risque pour chaque résident. Les conclusions de cette réunion ne sont pas tracées dans les dossiers médicaux des résidents concernés ; - Réalisée après l'obtention du consentement du résident ou de son représentant légal. La recherche du consentement oral est systématiquement réalisée et régulièrement notée dans le dossier médical du résident ; - Réalisée en indiquant le type de contention à mettre en place et ses caractéristiques (e.g. taille) ; - Réalisée sans spécifier une durée de prescription ; - Réalisée en précisant la surveillance à mettre en œuvre, qui se limite le plus souvent à sa tolérance ; - Réalisée sans indiquer le rythme de sa réévaluation. <p>La mission a procédé, à partir des dossiers de soins à l'analyse des prescriptions de contention pour corroborer les entretiens.</p> <p>L'analyse des prescriptions de contentions vise à décrire les effectifs de résidents soumis à une contention au moment de l'étude de leur dossier médical, ainsi que la présence dans leur dossier : d'un motif de prescription de cette contention, d'une traçabilité de l'analyse du rapport bénéfice/risque, d'une traçabilité du consentement du résident ou de son représentant légal, d'une date de fin de prescription de cette contention, de la mise en place d'une surveillance de celle-ci, et d'une réévaluation de l'opportunité de cette prescription.</p> <p>L'analyse a été menée en utilisant deux fichiers d'analyse :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le fichier d'analyse des dossiers médicaux qui porte sur 120 dossiers (Cf annexe 4) <p>53 prescriptions de contention ont été retrouvées dans les 120 dossiers médicaux analysés (44,2%). La répartition de ces prescriptions de contention selon leur type est présentée dans le Tableau 9. Il convient de noter que pour un résident donné, deux voire plus de types de contention peuvent être indiquées. Les pourcentages sont calculés en considérant comme dénominateur le nombre total de types de contentions prescrites.</p> <p>Tableau 9. Répartition des prescriptions de contention physique selon leur type</p> <table border="1" data-bbox="660 981 1422 1252"> <thead> <tr> <th>Type de contention</th> <th>Nombre de prescriptions</th> <th>Pourcentage (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Grenouillère</td> <td>16</td> <td>24,2</td> </tr> <tr> <td>Ceinture pelvienne</td> <td>12</td> <td>18,2</td> </tr> <tr> <td>Barrière de lit</td> <td>13</td> <td>19,7</td> </tr> <tr> <td>Ridelles</td> <td>25</td> <td>37,9</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>66</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Type de contention	Nombre de prescriptions	Pourcentage (%)	Grenouillère	16	24,2	Ceinture pelvienne	12	18,2	Barrière de lit	13	19,7	Ridelles	25	37,9	Total	66	1
Type de contention	Nombre de prescriptions	Pourcentage (%)																				
Grenouillère	16	24,2																				
Ceinture pelvienne	12	18,2																				
Barrière de lit	13	19,7																				
Ridelles	25	37,9																				
Total	66	1																				

Il ressort de l'analyse que le motif de prescription peut être identifié chez 48 résidents (i.e. troubles de la marche, chutes à répétition, troubles cognitifs ; 90,6%). La traçabilité de l'évaluation du rapport bénéfice/risque n'est pas réalisée. La traçabilité du consentement oral est retrouvée dans cinq dossiers médicaux (9,4%). La date de fin de cette prescription n'est pas systématiquement prévue. Sa surveillance est en revanche systématiquement prescrite. La réévaluation de cette prescription est tracée dans deux dossiers médicaux (3,8%).

2. Le fichier d'extraction des données.

Parmi les 426 résidents présents physiquement (non hospitalisés) au sein de l'EHPAD MRG Rothschild au mois de juin 2024, 199 avaient une prescription de contention (41,0%). Les types de contention mises en place courant juin 2024 sont présentés dans le Tableau 10. Les pourcentages sont estimés en considérant comme dénominateur le nombre total de contentions prescrites.

Tableau 10. Répartition des prescriptions de contention physique selon leur type

Type de contention	Nombre de contentions	Pourcentage (%)
Grenouillère	51	19,5
Ceinture pelvienne	52	19,8
Barrières de lit	61	23,3
Ridelles	98	37,4
Total	262	1

La proportion de résidents sous contention et la répartition des types de contention sont comparables entre les deux analyses réalisées.

Il ressort de ces analyses que les pratiques de contentions au sein de l'EHPAD Rothschild ne respectent pas le droit des résidents : la balance bénéfice/risque, n'est pas toujours tracée dans le dossier médical du patient ; le consentement du résident ou des proches le cas échéant ne sont recueillis que par voie orale, lorsqu'ils le sont ; la date de fin de contention n'est pas prescrite ; les critères de réévaluation des contentions prescrites ne sont pas formalisés.

De plus, il ressort des entretiens que les contentions ne font pas systématiquement l'objet de prescription médicale.

N°GAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				Écart 41 : Les pratiques de contentions au sein de l'EHPAD Rothschild ne respectent pas le droit des résidents et ne sont pas conformes aux recommandations des bonnes pratiques de la HAS ²⁹ , ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF ³⁰ relatives à la liberté d'aller et de venir des résidents.
3.2	3.2.7	Respect des droits des personnes	L'identification des résidents (identitovigilance)	<p>L'identification des résidents, quel que soit le pôle qui les héberge, est assurée par quatre moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La photographie du résident disponible dans le dossier du patient (██████) ; - La feuille de traitement qui comporte la photographie du résident ; - La photographie et le nom / prénom du résident collés sur la porte de sa chambre ; - Les vêtements des résidents qui comportent une étiquette permettant d'identifier leur pôle/leur étage/la chambre les accueillant. <p>Dans la fiche action 17 du projet de soins, il est noté que les photos des résidents doivent être à jour dans ████████TM afin de limiter les risques lors de la prise en charge médicamenteuse.</p> <p>Il existe une Cellule d'Identitovigilance. Dans le RAMA 2023, il est écrit que le médecin, président de cette cellule, « a sensibilisé l'ensemble des salariés sur les bonnes pratiques d'identitovigilance (5 traits d'identité), ainsi que les nouvelles modalités liées à l'INS (Identité Nationale de Santé) »</p> <p>Il n'y a pas de photo du résident sur les piluliers qui comportent ses nom (naissance et marital), prénom et date de naissance ainsi que nom de l'unité d'appartenance (ex : MRG – GUILA 3).</p>

²⁹ HAS (2000) Limiter la contention physique de la personne âgée :

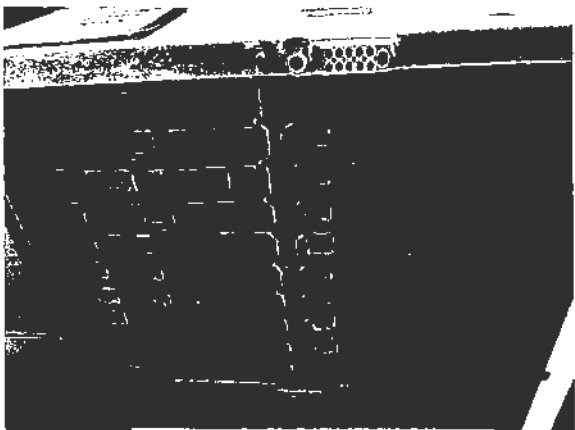
Evaluation de la balance bénéfices/risques : « Ainsi pour chaque patient, le rapport bénéfice/risque de la contention est évalué, des motivations sont clairement posées et inscrites dans le dossier du patient, un programme individualisé de surveillance et de prévention des risques liés à la contention est établi. »

Le consentement du résident : « [...] les raisons et les buts de la contention, les moyens ou matériels utilisés, la durée prévisible de la contention ainsi que la surveillance sont expliquées.

La durée de la prescription : « Comme toute prescription médicale, elle doit être écrite, horodatée et permettre l'identification du prescripteur. Les motifs de la contention, sa durée prévisible, les risques à prévenir, le programme de surveillance ainsi que le matériel de contention sont détaillés dans la prescription médicale. »

³⁰ Article L311-3 (1°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; »

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Photo 12 : Piluliers sans photo du résident</p> 
3.2	3.2.8	Respect des droits des personnes	<p><u>Les mesures de protection juridiques en cas d'incapacité de gestion et protection des biens*</u></p> <p><u>Les mesures de protection des biens</u></p>	<p>Au jour de l'inspection, l'établissement avait recours à deux travailleurs sociaux dont un libéral. Le travailleur social salarié de l'établissement n'a pu être rencontré [REDACTED]. Le travailleur social libéral a été recruté pour accompagner le travailleur social salarié dans sa pratique professionnelle (organisation et gestion des priorités). De ce fait, son intervention est ponctuelle.</p> <p>Les entretiens indiquent que les résidents, dont la situation est très complexe et les résidents isolés, sont adressés par la direction, les soignants ou les gestionnaires administratifs aux travailleurs sociaux. Des signalements au Procureur de la République en vue de la mise en place de mesures de protections sont effectués par les travailleurs sociaux lorsque la situation le nécessite.</p> <p>La liste des résidents transmise à la mission d'inspection fait état de 154 résidents sous mesure de protection soit un tiers des résidents. Les intitulés présents sur le document fourni ne permettent pas d'identifier avec précision le nombre de mesures exercées par les familles. Néanmoins, elles semblent prépondérantes dans les mesures alors que le recours aux mandataires judiciaire est limité, ce qui peut expliquer leur absence de représentation au CVS (information issue des entretiens). Des justificatifs de mesure de protection ont été retrouvés dans l'échantillon de dossiers résidents étudiés par la mission (tutelle et habilitation familiale essentiellement).</p> <p>Les éléments transmis mettent en évidence la répartition suivante :</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires		
				Étiquettes de lignes	Nombre de Patient	
				Curateur(trice)	16	52
				Curateur(trice) aménagé	2	
				Curateur(trice) renforcé	34	
				Habilitation familiale	10	10
				Mandataire judiciaire	6	8
				Mandataire judiciaire Tuteur	2	
				Tuteur Famille	18	84
				Tuteur frère	1	
				Tuteur(trice)	65	
				Total général	154	154
				<p>Les entretiens famille font état d'un nombre important de vols de vêtements.</p> <p>Un coffre est à disposition selon le livret d'accueil (point 10) : « un coffre est situé service des admissions ». « Les objets de valeurs et sommes d'argent peuvent être remis au cadre de santé contre un reçu ».</p>		

3.3. Vie sociale et relationnelle

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.3	3.3.1	Vie sociale et relationnelle	L'animation	<p>Les animations sont organisées à la fois « en central » et dans chacun des pôles de l'établissement.</p> <p>En central, des animations sont assurées généralement l'après-midi au Forum, grand espace lumineux pouvant accueillir jusqu'à 200 personnes, ou bien en salle Daumesnil. Les animations consistent en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des spectacles le mercredi, et un dimanche par mois avec un artiste extérieur à l'établissement • Des chants (résidents et personnels chantent ensemble quelquefois), musique, théâtre, danses, des ateliers-mémoires ou lecture, des activités intergénérationnelles (avec l'école Saint-Vincent de Paul), des ateliers d'arts visuels, des ateliers de langue yiddish, etc. • La célébration des fêtes « culturelles », juives notamment, et des fêtes « laïques », comme la fête de l'été le 1^{er} juillet ou la fête nationale

Le qualité des animations au Forum a été soulignée (CVS, entretiens).

Des **sorties** sont également organisées une fois par mois ou bien tous les 2 mois (« le rythme était plus fréquent avant la crise du Covid »), dans les musées ou par exemple au Parc Floral, à Paris, en banlieue ou en province proche comme à Giverny. Des balades à vélo sont également organisées. Un projet de transport en vélos triporteur à 2 ou 3 personnes a été évoqué.

Sur les pôles Guila, Malka et Rina, une animation est proposée en général chaque matin, à des étages variant en fonction du jour de la semaine :

- Gymnastique douce, expression corporelle, yoga du rire,
- Écoute musicale, chorale, dessin, (l'atelier cinéma, apprécié, a été arrêté en raison du congé de maternité de l'animatrice)
- Atelier pâtisserie ou cuisine, jeux de société. A Rine, par exemple, un atelier de scrabble avec deux résidentes accompagnées d'une art-thérapeute a été observé.

La mission n'a pu prendre connaissance des animations réalisées au pôle **Ditza**. Le tableau d'affichage est vide à ses différents étages. Il a été indiqué qu'il y avait un « programme fixe » sur ce pôle qui accueille principalement des résidents atteints par la maladie d'Alzheimer.

Le programme **Tikva** (Espérance en hébreu) inclut des activités supplémentaires telles que les ateliers réminiscence, la musicothérapie, la fête des anniversaires et d'autres activités communes avec les autres résidents. Il est financé par la Fondation pour la Mémoire de la Shoah et s'adresse aux victimes de la Shoah : déportés, enfants de déportés, enfants cachés, justes parmi les Nations.

L'animation est **coordonnée** en central par une animatrice qui exerce à la fois pour le niveau central et pour le pôle Guila. Cette animatrice coordonne les animations mais n'est pas la responsable hiérarchique des autres animatrices ou art-thérapeutes. Des art-thérapeutes ont été recrutées sur des postes d'animation, or ce décalage entre la formation initiale de ces professionnels et la fiche de poste animation ne satisfait pleinement ni les intéressés, ni les familles.

Remarque 45 : L'animation repose en partie sur des arts-thérapeutes sans que cette situation soit pleinement clarifiée en termes d'objectifs de prise en charge des résidents.

Les présences individuelles aux animations sont notées et font l'objet de statistiques périodiques.

La mission a pris connaissance des résultats du **questionnaire de satisfaction** 2023 adressé aux familles et tuteurs. 68 questionnaires remplis ont été reçus, soit un taux de retour de 15%. Concernant les « activités organisées dans l'établissement », la satisfaction (appréciation « bien » ou « très bien ») est de 81% sur les activités, 80% sur la variété des activités, et de 60% sur l'information concernant ces activités.

Des difficultés ont été signalées sur les points suivants :

- Des résidents non autonomes pour leurs déplacements ne peuvent **se rendre aux animations du Forum**. Malgré la présence de brancardiers, de bénévoles et le rôle de l'équipe soignante, des besoins restent non satisfaits. « Intégrer le brancardier dans le planning des ateliers » et « organiser le recensement des bénévoles et des dames de compagnies amenés à intervenir dans l'établissement » sont des objectifs du PE non suivis d'effet concret. Cette situation est déplorée par le CVS.

- Les commandes de petit matériel (feutres, crayons, papier, paillettes, colle, etc.) doivent être renouvelées fréquemment et mettent beaucoup de temps à être satisfaites. En l'absence de salle d'animation adaptée au RdC, les matériels doivent être transportés à chaque fois
- Des dysfonctionnements affectent le fonctionnement du Wifi dans les étages
- Certaines animations ou activités d'art-thérapie, sont effectuées en petit effectif et concernent un petit nombre de résidents.

Les goûts sont recueillis à l'admission : il est alors demandé aux nouveaux admis « ce qu'ils aiment faire comme activité, ce qu'ils souhaiteraient faire ». Cela est revu dans le cadre des projets d'accompagnement personnalisés, lorsque ceux-ci sont élaborés et mis à jour, dont l'une des 13 rubriques est intitulée « Animation ». L'animatrice coordinatrice se présente aux nouveaux. Les familles peuvent la contacter.

Selon les entretiens, une Commission animation se réunissait de manière informelle une à trois fois par an avec la directrice adjointe en charge des soins actuellement absente. Aucun CR ne peut étayer ces éléments.

Un Projet d'Activités Culturelles et de Loisirs est intégré au Projet d'Établissement (PE) 2022-2027. La direction y indique qu'elle a l'objectif de relancer la commission animation. Il est indiqué dans le PE que la plateforme [REDACTED] a été créée en 2023 afin de communiquer sur le programme d'animations avec les familles. Certaines en ont effectivement parlé à la mission. Un atelier thérapeutique avec la création d'une gazette est en place et répond à l'objectif du PE d'élaboration d'un journal trimestriel ou semestriel avec les résidents.

Un « projet de parcours de rééducation, un jardin thérapeutique et une ferme pédagogique à visée récréative et rééducative » sont également mentionnés dans le PE mais n'ont pas été mis en œuvre hormis le jardin thérapeutique du PASA. Par ailleurs, il est à noter que l'allée centrale du jardin est actuellement inaccessible aux fauteuils roulants. Si des gros travaux représentent un investissement important, une demande de petits travaux consistant à « mettre du goudron » pour rendre le chemin accessible a été exprimée au CVS. Elle permettrait de sortir les résidents en fauteuil dans le jardin et constituerait une amélioration importante de la qualité de vie pour les résidents concernés.

En conclusion, un programme d'animation existe, mais profite essentiellement aux résidents en capacité de se déplacer dans le forum ou qui y sont accompagnés. Les animations aux étages des pôles sont réduites, et aucune preuve n'a pu être fournie sur une quelconque animation au sein des unités de vie protégées (DITZA), hormis le passage de la musicothérapeute une fois par semaine constaté par la mission.

Écart 42 : Un programme d'animation existe, mais profite essentiellement aux résidents en capacité de se déplacer dans le forum ou qui y sont accompagnés. Les animations aux étages des pôles sont réduites, en particulier au sein des unités de vie protégées (DITZA). L'établissement ne peut ainsi garantir l'accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement à l'ensemble de ses résidents, en particulier les plus vulnérables. Cette situation ne permet pas à ces résidents d'accéder au socle de prestations minimales auquel ils ont droit et contrevient à l'article D312-159-2 du CASF.

3.4. Vie quotidienne. Hébergement :

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4	3.4.1	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Les chambres</u>	<p>Les chambres sont majoritairement individuelles : 418 chambres individuelles et 41 chambres doubles.³¹ Elles sont de surfaces variables et inégales, certaines sont petites (9 à 10 m².)</p> <p>Elles sont d'aspect fonctionnel, comportent lit médicalisé, table de chevet, armoire de toilette et placard de rangement et une salle d'eau attenante avec douche, lavabo et WC accessibles en fauteuil roulant. Certaines sont personnalisées par les résidents : tableaux, photos, objets personnels.</p> <p>Certaines comportent des petits réfrigérateurs individuels dont l'entretien est à la charge du résident et de sa famille. Face aux problèmes d'hygiène et de sécurité alimentaire, ces réfrigérateurs ne sont plus autorisés pour les nouveaux entrants.</p> <p>Elles sont équipées de rail lève de transfert et appel malade. Les fenêtres sont protégées (bloque-fenêtres).</p>
3.4	3.4.3	Vie quotidienne - Hébergement	<u>L'alimentation :</u> <u>Les régimes,</u> <u>textures</u> <u>La gestion des fausses routes</u> <u>La prévention de la dénutrition</u>	<p>La restauration dans l'établissement est préparée avec des aliments et selon les règles de la cacherout pour tous les résidents. Cette spécificité conduit à la mise en œuvre d'une organisation particulière pour le service de restauration.</p> <p>La restauration était en gestion directe de l'établissement jusqu'en 2012, date à laquelle elle a été confiée à un prestataire extérieur qui prépare les repas sur place. La société qui en a repris alors la gestion est toujours actuellement titulaire du contrat. L'équipe est composée de 21 personnes, dont un responsable, une diététicienne et un shomer. Il s'agit d'un agent religieux du prestataire qui répond à l'autorité du rabbin de la synagogue de l'établissement. Il est là pour s'assurer que les repas sont préparés selon les règles de la cacherout.</p> <p>La cuisine fonctionne cinq jours sur sept et travaille en liaison froide car les repas sont préparés en amont. Les samedis et les dimanches, quelques agents sont présents pour assurer la distribution des repas et la préparation à la salle de restauration du rez-de-chaussée de Guifa. Les repas sont conditionnés en barquettes de 8 couverts, 4 couverts ou 1 couvert.</p> <p>L'établissement dispose de deux cuisines complètes, séparées, afin de traiter les aliments séparément : ceux qui ne peuvent pas être mélangés, à savoir la viande d'un côté, et le lait et les aliments qui ne sont pas de la viande de l'autre côté. Les cuisines sont identifiées, ainsi que le matériel qui sert à la préparation des repas, et les couverts des résidents.</p> <p>Les produits sont commandés selon les règles établies par le consistoire de Paris et chaque rabbin établit la liste des produits et des labels qu'il autorise. Ces règles alimentaires ont donc un impact sur la variété, pas sur la qualité. Il n'existe pas d'agroalimentaire dans l'alimentation kascher en France, il n'existe pas non plus de vrac, les contenants correspondent à des conditionnements familiaux qui nécessitent beaucoup de manipulation. Les aliments sont frais, toutefois les légumes, la viande et le poisson peuvent aussi être en surgelés. Tout est cuisiné sur place, il n'y a pas d'utilisation de plats préparés. Le lait et la viande ne peuvent être mélangés, le lait de soja ou d'autres laits végétaux sont utilisés pour les sauces avec de la viande.</p>

³¹ La mission n'a pu consolider le nombre total de lits installés (entre 500 et 507)

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Il y a deux menus par jour, le menu rouge (avec viande) et le menu bleu (avec laitage et poisson, ou œufs...). L'équilibre en apports nutritionnels se fait sur la journée en application de ces deux menus. Les menus sont établis pour six semaines et la liste des menus de la semaine est adressée à l'accueil pour diffusion dans les services.</p> <p><u>La commission des menus</u> se réunit tous les trois mois. Elle regroupe un médecin, le responsable de l'équipe hôtelière, le rabbin, la diététicienne de l'établissement, des membres de l'équipe de restauration (le responsable, la diététicienne, le chef de production), des représentants du CVS (dont la présidente), des résidents. Une feuille d'émargement pour la réunion du 18 juin 2024 a été transmise par l'établissement. Aucun compte-rendu de réunion n'a été transmis. Lors des entretiens, il a été confirmé que la commission valide les menus proposés par le prestataire.</p> <p>En parallèle, il existe <u>une commission restauration</u> qui se réunit tous les mois. L'établissement a transmis les comptes rendus de trois commissions, celles du 19 mars, 16 avril et 14 mai de cette année. Y participent des résidents, des agents de service hôtelier, des professionnels de l'établissement (Responsable hôtelier, cadre de santé, la diététicienne de l'établissement, agent de service hôtelier notamment) et des représentants du prestataire (responsable et diététicienne), ainsi que le rabbin, soit 12 personnes pour la première, 9 personnes pour la seconde, 6 personnes pour la troisième (absence de résidents et d'agents de service hôtelier notamment pour cette dernière). Seuls les noms des personnes présentes sont mentionnés, non les fonctions, certaines personnes n'ont pas pu être identifiées. Il n'est pas précisé de façon systématique qui est la personne qui s'exprime, il n'est pas toujours possible d'identifier à quel titre les propos sont rapportés dans le compte-rendu.</p> <p>Les comptes rendus font état d'un retour des résidents sur le mois ou les mois écoulés : appréciations sur la nourriture, sa qualité (viande trop filandreuse, trop d'eau avec le poisson, trop de quiches ou d'omelettes, jardinière trop sèche...), sa quantité (pas assez de sauce ou de viande avec le hachis, pas assez de poisson...), les conditions de présentation (soupe pas assez chaude, certains hors d'œuvre pas coupés assez finement...). Et l'examen du menu du mois à venir pour apporter quelques modifications à la marge.</p> <p>L'insatisfaction des résidents demeure sur un certain nombre de points. Le prestataire rappelle régulièrement des consignes de préparation des repas afin d'obtenir le meilleur rendu possible lors de la réchauffe des plats et de présentation (oubli des sauces, aliments mélangés, potage non remué..., ainsi que le problème du mixé qui est peu appétissant). Ces consignes ne sont pas régulièrement et systématiquement appliquées dans les étages.</p> <p>De façon unanime, la qualité des repas servis au restaurant du rez-de-chaussée du bâtiment Guifa est perçue comme meilleure que dans les salles à manger des étages, alors qu'il s'agit de repas identiques. Dans cette salle à manger, la remise en température et le service des repas sont assurés par des salariés du prestataire.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 46 : Les CR des commissions restauration font état de l'insatisfaction persistante des résidents par rapport aux modalités de réchauffage et/ ou de présentation des plats, qui ne sont pas réalisées dans les règles de l'art culinaire et selon les consignes du prestataire de restauration. Il existe une différence de qualité perçue des repas : les résidents servis en salle à manger du RDC sont plus satisfaits que ceux servis dans les étages.</p> </div>

Analyse des prescriptions médicales de régime, de texture et de compléments nutritionnels oraux (CNO) :

L'analyse des prescriptions médicales de régime, de texture et de CNO vise à :

- Décrire ces prescriptions selon leur type (e.g. régime diabétique, texture mixée), et estimer la traçabilité de ces prescriptions dans les dossiers médicaux des résidents ;
- Identifier si la traçabilité de ces prescriptions est homogène entre les différents pôles de prise en soins.

Trois analyses successives relatives aux régimes, aux textures et à la prescription des CNO ont été réalisées sur deux fichiers différents :

1. Analyse statistique menée sur le fichier d'analyse des 120 dossiers médicaux (cf annexe 4)

Analyse des prescriptions de régime alimentaire

Plusieurs types de régime alimentaire sont prescrits au sein de l'EHPAD MRG Rothschild. Un regroupement de ceux-ci a été réalisé, afin de simplifier leur analyse. A titre d'exemple, le régime kasher et celui des résidents atteints d'une insuffisance rénale chronique ont été considérés comme étant normaux. Le Tableau 11 présente la répartition des prescriptions médicales par type de régime alimentaire.

Tableau 11. Répartition des résidents par type de régime alimentaire, échantillon de 120 dossiers

Type de régime	Nombre de résidents	% de type de régimes	% de données manquantes
Normal	21	41,2	
Hyper protéiné	22	43,1	
Diabétique	8	15,7	
Total régimes	51	/	
Données manquantes	69		57,5
Total résidents	120	/	/

Il convient de constater que pour 69 résidents, aucun régime alimentaire n'est médicalement prescrit dans le plan de soins.

Il est à noter que pour certains de ces résidents « un régime » de type eau gazeuse ou eau gélifiée a été prescrit. Ces deux types de « régimes » s'apparentent plutôt à une texture alimentaire voire à une boisson. Lors de l'analyse statistique la prescription médicale de ces deux types de « régimes » alimentaires a été considérée comme absente.

La répartition de ces prescriptions de régimes alimentaires selon le pôle de soins est illustrée dans le Tableau 12.

Tableau 12. Répartition des prescriptions de régime alimentaire selon le pôle de prise en soins, échantillon de 120 dossiers

Type de régime	Malka		Guila		Rina		Ditza	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Normal	9	37,5	7	63,6	3	75,0	2	16,7
Hyper protéiné	11	45,8	2	18,2	0	0	9	75,0
Diabétique	4	16,7	2	18,2	1	25,0	1	8,3
Total régime	24	/	11	/	4	/	12	/
Données manquantes	18	42,9	27	71,1	18	81,8	6	33,3
Total résidents	42		38		22		18	

Il convient de remarquer que la prescription de régime n'est pas homogène entre unités/pôles et se trouve être moins fréquente pour le pôle Guila et Rina (respectivement 29,9% et 18,2% vs 57,1% et 66,6% pour Malka et Ditza).

Ces données brutes doivent être considérées avec réserve en raison de la taille réduite de l'échantillonnage et des biais multiples pouvant notamment concerner la répartition des résidents par pôle en fonction des pathologies.

Analyse de la prescription des textures alimentaires

Trois types de textures alimentaires ont été médicalement prescrits : texture normale, mixée ou hachée. Le Tableau 12 dresse la répartition des résidents selon le type de texture prescrit.

Tableau 12. Répartition des résidents selon le type de texture de leur repas, échantillon de 120 dossiers

Type de texture	Nombre de résidents	% type texture	% de données manquantes
Normale	18	18,2	
Mixée	44	44,4	
Hachée	37	37,4	
Total textures	99	/	
Données manquantes	21		17,5
Total résidents	120	/	/

Il convient de remarquer que 17,5% des résidents constituant l'échantillon d'analyse n'ont pas une prescription médicale de la texture de leurs repas.

La répartition des prescriptions de texture alimentaire selon le pôle de prise en soins est dressée dans le Tableau 13.

Tableau 13. Répartition des prescriptions de textures alimentaires selon leur type et le pôle de prise en soins, échantillon de 120 dossiers

Type de texture	Malka		Guila		Rina		Ditza	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Normale	4	12,1	4	12,1	9	52,9	1	6,25
Mixée	17	51,5	14	42,4	4	23,5	9	56,25
Hachée	12	36,4	15	45,5	4	23,5	6	37,5
Total textures	33	/	33	/	17	/	16	/
Données manquantes	9	21,4	5	13,2	5	22,7	2	11,11
Total pôle	42		38		22		18	

Il convient de remarquer que la prescription médicale d'une texture mixée se fait chez plus de la moitié des résidents des pôles Malka et Ditza. En outre, le pôle Rina a plus de la moitié des résidents qui consomment un repas ayant une texture normale.

Écart 43 : La prescription médicale de texture alimentaire y compris de texture normale n'est pas systématiquement tracée dans les dossiers médicaux des résidents, contexte qui nuit à la qualité de leur prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF²².

Analyse de la prescription médicale de CNO

La prescription médicale de CNO a été réalisée pour cinquante-56 (46,7%) parmi les 120 résidents de l'échantillon d'étude. Leur répartition par statut pondéral est présentée dans le Tableau 14.

²² Article L311-3 (3°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est *garanti à toute personne accueillie et accompagnée* par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

3° *Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité* favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. »

Tableau 14. Répartition de la prescription médicale de CNO selon le statut pondéral des résidents, échantillon de 120 dossiers

Statut pondéral	Nombre résidents	Prescription CNO	Pourcentage CNO
Dénutrition sévère (IMC < 20 kg/m ²)	36	22	61,1
Dénutrition modérée (20 ≤ IMC < 22 kg/m ²)	10	3	30,0
Normo pondéral (22 ≤ IMC < 25 kg/m ²)	17	9	52,9
Surpoids (25 ≤ IMC < 30 kg/m ²)	24	9	37,5
Obésité (IMC ≥ 30 kg/m ²)	12	4	33,3
Sous-total statut pondéral connu	99	47	/
Statut pondéral inconnu	21	9	17,5
Total	120	56	/

Il convient de préciser que la plupart des prescriptions de CNO chez les résidents normo pondéraux, en surpoids et obèses est réalisée en rapport avec une dénutrition définie à partir des valeurs de l'albuminémie inférieures à 35 g/L.

Remarque 47 : Sur l'échantillon de 120 dossiers analysé, le statut pondéral (et donc nutritionnel) est inconnu pour 17,5% des résidents.

2 Analyse statistique menée sur le fichier d'extraction des données, concernant 486 résidents

Analyse de la prescription des régimes alimentaires

L'analyse vise principalement à estimer le niveau de traçabilité de la prescription de régime alimentaire dans les dossiers médicaux. Les Tableaux 15 et 16 dressent la répartition de ces prescriptions d'une part pour l'EHPAD Rothschild, et, d'autre part pour ses pôles de soins.

Tableau 15. Répartition des prescriptions de régime alimentaire selon sont type, sur 486 dossiers/résidents

Type de régime	Nombre de prescriptions	% régime	% données manquantes
Normal	67	40,4	
Hyper protéiné	70	42,2	
Diabétique	29	17,5	
Total régimes	166	/	
Données manquantes	320		65,8
Total résidents	486	/	/

Il convient de noter que le pourcentage des prescriptions « eau gazeuse / eau gélifiée » identifiées à tort à un régime et comptabilisées comme données manquantes représente 22,6% de l'effectif des 486 résidents.

Il n'y a pas prescription de régime alimentaire dans le dossier médical chez 65,8% des résidents.

Tableau 16. Répartition des prescriptions de régime alimentaire selon leur type et pôle de prise en soins, échantillon de 486 dossiers/résidents

Type de régime	Malka		Guila		Rina		Ditza	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Normal	37	41,1	15	55,6	8	50,0	7	21,2
Hyper protéiné	45	50,0	5	18,5	5	31,3	15	45,5
Diabétique	8	8,8	7	25,9	3	18,8	11	33,3
Total régimes	90	/	27	/	16	/	33	/
Données manquantes	92	50,5	126	82,4	74	82,2	28	45,9
Total pôle	182		153		90		61	

Les pratiques de prescription de régime alimentaire diffèrent selon le pôle de prise en soins. Il convient de remarquer en outre qu'un nombre de régimes diabétiques plus important est prescrit chez les résidents du pôle Ditza.

Il convient de noter que les résultats obtenus à l'issue de l'analyse de la traçabilité de la prescription médicale d'un régime alimentaire chez tous les résidents présents dans l'EHPAD courant juin 2024 concordent avec les résultats obtenus à l'issue de l'analyse de l'échantillon des cent vingt dossiers médicaux.

Analyse de la prescription des textures alimentaires

Le Tableau 17 présente la répartition du nombre de résidents selon la prescription des différentes textures des aliments consommés. Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre total de textures prescrites. En effet, la prescription d'une texture est absente d'un certain nombre de dossiers médicaux (Cf. données manquantes).

Tableau 17. Répartition des prescriptions de texture alimentaire selon leur type, échantillon de 486 dossiers/résidents

Type texture	Nombre de résidents	% texture	% données manquantes
Normale	93	24,8	
Mixée	142	37,9	
Hachée	140	37,3	
Total texture	375	/	
Données manquantes	111		22,8
Total	486	/	

Le Tableau 18 décrit les pratiques de prescription des textures selon le pôle de prise en soins.

Tableau 18. Répartition des textures alimentaires selon le pôle de prise en soins et leur type, échantillon de 486 dossiers/résidents

Type de texture	Malka		Guila		Rina		Ditza	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Normale	37	25,0	13	11,9	35	53,0	8	15,4
Mixée	57	38,5	55	50,5	11	16,7	19	36,5
Hachée	54	36,5	41	37,6	20	30,3	25	48,1
Total textures	148	/	109	/	66	/	52	/
Données manquantes	34	18,7	44	28,8	24	26,7	9	14,8
Total pôle	182		153		90		61	

Analyse de la prescription de CNO

La prescription de CNO a été réalisée pour deux cent quarante résidents (49,4%). Leur répartition par statut pondéral est présentée dans le Tableau 19.

Tableau 19. Répartition des prescriptions de CNO selon le statut pondéral des résidents, échantillon de 486 dossiers/résidents

Statut pondéral	Nombre résidents	Prescription CNO	Pourcentage CNO
Dénutrition sévère (IMC < 20 kg/m ²)	94	57	60,6
Dénutrition modérée (20 ≤ IMC < 22 kg/m ²)	40	16	40,0
Normo pondéral (22 ≤ IMC < 25 kg/m ²)	71	33	46,5
Surpoids (25 ≤ IMC < 30 kg/m ²)	62	23	37,1
Obésité (IMC ≥ 30 kg/m ²)	32	12	37,5
Statut pondéral inconnu	187	99	38,5
Total	486	240	/

Il convient de préciser que pour les 187 résidents ayant des données manquantes en rapport avec leur statut pondéral, 99 prescriptions de CNO ont été réalisés.

39,4% des résidents présentant une dénutrition sévère n'ont pas de prescription de CNO, ce qui correspond aux résultats de l'étude faite sur l'échantillon de 120 dossiers.

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Les prescriptions des CNO chez les résidents normo pondéraux, en surpoids ou obèses sont pour la plupart d'entre-elles en rapport avec une dénutrition (valeur de l'albuminémie inférieure à 35 g/L).</p> <p><u>La gestion des fausses routes</u></p> <p>D'après les procédures internes, la gestion des fausses routes s'organise, dans les suites immédiates de l'admission du résident, par la recherche d'un trouble de la déglutition selon deux approches :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le trouble de la déglutition est déjà diagnostiqué par un médecin avant l'arrivée du résident dans l'EHPAD Rothschild. Dans ce contexte, les médecins gériatres prescrivent le même régime et la même texture qui lui ont été prescrits par les médecins ayant porté initialement le diagnostic ; - Le trouble de la déglutition n'a pas été diagnostiqué précédemment. Dans ce contexte, les médecins gériatres font appel à : <ul style="list-style-type: none"> o La diététicienne de l'EHPAD, afin qu'elle recherche ce type de trouble au résident nouvellement accueilli ; o L'orthophoniste lorsqu'il y a une forte suspicion de trouble de la déglutition. <p>Lorsque la diététicienne ou l'orthophoniste sont indisponibles, le médecin en charge du résident réalise le test du verre d'eau.</p> <p>En pratique, au regard du nombre élevé des prescriptions d'eau gazeuse/gélifiée, des textures hachées et mixées, la mission s'interroge sur le peu de bilan des troubles dysphagiques [REDACTED]</p> <p>L'analyse de la prise en charge des troubles de la déglutition à l'admission des résidents a été présentée au point de contrôle IGAS n° 3.1 / 3.1.2 Il ressort de cette analyse que pour 41 résidents admis à partir de leur domicile, la recherche d'un trouble de la déglutition n'est pas tracée dans le dossier médical chez 33 (80,5%).</p> <p>Les familles ont indiqué en entretien qu'une politique « zéro fausse-route » était appliquée au sein de l'EHPAD, et que subséquemment dès qu'une AS constatait que le temps en bouche était un peu long, une modification de la texture du régime alimentaire était appliquée sans qu'un test des troubles de la déglutition soit réalisé.</p> <p><u>La prévention de la dénutrition</u></p> <p>L'organisation de la prévention de la dénutrition se fait par le moyen :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De la pesée mensuelle des résidents ; - Du dosage semestriel de leur albuminémie ; - De l'observance des rations alimentaires lorsqu'une baisse de la consommation des mets servis est constatée chez un résident. Lorsqu'un résident diminue ses apports alimentaires, la diététicienne est appelée à intervenir, afin de modifier si besoin son régime et la texture des aliments qui lui seront servis. <p>Les textures, les régimes et les CNO sont suivis par la diététicienne de l'EHPAD Rothschild. Celle-ci dispose de 0,3 ETP de présence sur chaque pôle, y étant présente minimum deux à trois fois par semaine. Elle assure la réactualisation des menus au moyen de l'outil [REDACTED]</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>La mission a constaté sur place lors des trois jours de visite que de nombreux plateaux repas pour les résidents mangeant dans leur chambre repartaient sans avoir été touchés. La mission a remarqué également que de nombreux résidents prenant le repas en chambre sont laissés seuls devant leur plateau et ne sont pas stimulés pour s'alimenter. La mission a entendu plusieurs familles s'interrogeant sur le fait que leurs parents bénéficient de leur repas, notamment lorsqu'ils sont couchés de bonne heure.</p> <p>L'analyse des données relatives au statut nutritionnel des résidents est présentée au point IGAS n° 3.4 / 3.4.6</p>
3.4	3.4.4	Via quotidienne - Hébergement	Les mets de substitution	<p>Les menus sont établis pour six semaines. Le menu de la semaine est adressé le lundi matin à l'accueil pour une distribution dans les services. Le menu de la semaine et le menu du jour sont affichés dans les offices. Les menus et les plats proposés sont également entrés dans le logiciel « [REDACTED] » qui sert d'interface entre les services et la cuisine. Les services établissent leurs commandes spécifiques via ce logiciel, notamment pour les textures et les régimes.</p> <p>Il existe une carte de substitution proposée aux services afin de changer un plat via le logiciel. Ceux-ci sont à commander entre 48h et 3 jours avant le jour de distribution, le délai n'a pu être précisé. Cela suppose que les cadres et les agents de service hôtelier dans les étages connaissant la procédure soient attentifs aux souhaits des résidents pour demander des plats de substitution. L'établissement n'a pas fourni de document permettant de vérifier que l'ensemble du personnel connaît la possibilité de substitution et la procédure informatique.</p> <p>Les demandes de substitution en raison d'aversion d'un plat, sont estimées par le prestataire à 10 % environ. Les familles entendues en entretien ne connaissent pas cette possibilité de mets de substitution ou ont déclaré que les goûts et aversions de leur proche n'avaient pas été relevés par les équipes. Il n'y a aucune demande d'enrichissement. Le prestataire ne dispose d'aucune information sur le nombre de résidents dénutris et le rythme des pesées, alors que certains plats peuvent être enrichis facilement.</p> <p>Il est également possible qu'un plat soit annoncé dans un menu et que celui-ci soit finalement changé. Cela se produit lorsqu'un produit fait défaut ou que le prestataire n'a pas de quantité suffisante pour l'ensemble de l'établissement. Il n'a pas été précisé comment ces modifications sont annoncées dans les services.</p> <div data-bbox="667 938 2069 986" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Écart 44 : Le non-recours à l'enrichissement de plats pour les résidents dénutris contrevient à l'article D.312-155-0, point 12° du CASF.</p> </div> <div data-bbox="667 1038 2069 1110" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 48 : Le défaut de connaissance et ou d'application de la procédure de met de substitution par l'ensemble des professionnels ne permet pas de respecter les goûts et aversions des résidents..</p> </div>

N° CAS	N° LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4	3.4.5	Vie quotidienne - Hébergement	Les repas	<p>Les horaires des repas sont prévus quotidiennement pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le petit déjeuner 8h30 – 9h30 ; - Le déjeuner 12h30 – 13h30 ; - Le goûter 15h30 – 16h00 ; - Le dîner 18h30 – 19h30 ; - La collation nocturne 22h00 – 23h00. <p>La livraison des repas dans les étages se fait à 11h pour le midi et à 17h pour le soir. Les repas sont placés par un répartiteur dans des armoires avec partie réfrigérée pour chaque étage. Un agent du service vient chercher le chariot en cuisine dans les 10 minutes afin de le monter. Le temps de réchauffe des plats est de 45 minutes.</p> <p>Il n'est pas servi systématiquement de collation de nuit. Cette dernière est servie, selon les entretiens à la demande.</p> <p>Les résidents qui ne bénéficient pas d'une collation nocturne jeûnent plus de douze heures par nuit.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Écart 45 : Les résidents qui ne bénéficient pas d'une collation nocturne, font un jeûne nocturne supérieur à douze heures, contexte qui ne respecte pas les <u>recommandations du GEM-RCN³³</u> et <u>contrevient aux dispositions de l'annexe 2-3-1 (III 2°) du CASF³⁴</u>.</p> </div> <p>Le prestataire fournit trois types de textures pour chaque repas : normal, haché, mixé. La mission a pu constater que le recours aux repas hachés était peu pratiqué et que la différence avec les repas mixés n'est pas toujours flagrante. Les entretiens ont pu mettre en évidence que le recours aux repas mixés est généralisé pour les résidents qui manifestent la moindre difficulté, y compris pour des résidents qui prennent des repas normaux avec leur famille en dehors de l'établissement.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Écart 46 : D'après les entretiens réalisés, le passage du repas à texture normale au repas à texture mixée sans recours généralisé aux repas à texture hachée, ni pratique systématique de tests de déglutition par un professionnel habilité contrevient à l'article D.312-155-0, point I 3° du CASF.</p> </div>

³³ GEM-RCN (2015) Recommandation nutrition : « Dans le cadre de la prévention de la dénutrition, le jeûne nocturne ne doit pas dépasser 12 heures d'autant plus que les dîners peuvent être insuffisamment consommés par certains. Il convient de prévoir une collation nocturne (laitage, compote, biscuit, ...) pour ceux-là. »

³⁴ Annexe 2-3-1 (III 2°) du CASF : « III. - Prestation de restauration .

1° Accès à un service de restauration ;

2° Fourniture de trois repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne. »

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4	3.4.6	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Le suivi de l'état nutritionnel</u>	<p>Il ressort des entretiens menés que le suivi de l'état nutritionnel des résidents s'organise, quel que soit son pôle de soins, selon deux groupes de résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le groupe des résidents dénutris pour lequel : <ul style="list-style-type: none"> o Le suivi pondéral est mensuel. Dans certains cas le suivi pondéral peut être bimensuel ; o Le dosage trimestriel des marqueurs biologiques notamment de l'albuminémie est réalisé ; o L'observance quotidienne des rations alimentaires consommés est assurée ; - Le groupe des résidents sans dénutrition pour lequel : <ul style="list-style-type: none"> o Le suivi pondéral est mensuel ; o Le dosage semestriel des marqueurs biologiques est réalisé ; o L'observance quotidienne des rations alimentaires consommés est assurée. <p>Cependant, la diététicienne de l'établissement ne possède pas la liste actualisée des résidents dénutris alors qu'une liste des résidents dénutris, qui reçoivent des Compléments Nutritionnels Oraux est affichée dans chaque poste de soins de chaque bâtiment, avec l'étiologie de la dénutrition (causes neurologiques ou stomatologiques).</p> <p>Le Comité de Liaison Alimentaire et de Nutrition (CLAN) ne s'est pas réuni depuis 2022. Aucun travail pluridisciplinaire de lutte contre la dénutrition est mis en place : activité sportive par l'EAPA, mesure de la sarcopénie par les rééducateurs.</p> <p>Il apparaît que l'établissement possède un grand nombre de professionnels compétents pour prendre en charge la dénutrition. Or la mission constate qu'il n'y a pas de travail de synthèse pluridisciplinaire de lutte contre la dénutrition ni de suivi conforme aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS, et s'interroge sur la prise en charge effective des troubles dysphagiques et le suivi nutritionnel des résidents.</p> <p>Un protocole relatif à l'évaluation nutritionnelle des entrants (Réf. : Protocole 230, version 3 du 14 janvier 2010) présente sous forme de tableau les étapes successives de prise en charge nutritionnelle des résidents, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le bilan d'entrée constitué principalement du dosage de l'albuminémie ; - L'évaluation nutritionnelle par la diététicienne du résident nouvellement admis ; - L'information de l'équipe soignante, à l'issue du bilan diététique, du statut nutritionnel du résident ; - La prise en charge personnalisée (i.e. prescription médicale du régime alimentaire par le médecin, fiche de suivi diététique élaborée par la diététicienne, date prévue de réévaluation du statut nutritionnel décidée en réunion d'équipe). <p>Il convient de noter que ce protocole n'est plus à jour. Il ne prend pas en considération les derniers critères de classification du statut nutritionnel des personnes âgées de 70 ans et plus recommandés par la HAS.</p> <p>Remarque 49 : Le protocole relatif à l'évaluation nutritionnelle des résidents accueillis ne s'appuie pas sur les dernières recommandations en matière de diagnostic et de prise en charge de la dénutrition du sujet âgé élaborées par la HAS. Ref : Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus ; HAS, novembre 2021.</p>

L'analyse descriptive de l'état nutritionnel des résidents a porté sur 2 points :

- Tout d'abord la répartition de l'IMC des résidents accueillis selon leur statut nutritionnel (i.e. dénutris, non dénutris).
- La fréquence des mesures de suivi pondéral à partir des courbes de poids (i.e. le nombre de mesures du poids présents sur sa courbe annuelle).

L'analyse a été conduite sur ces deux points (statut nutritionnel courbe de poids) à partir de 2 sources, comme indiqué précédemment :

A. Statut nutritionnel des résidents

1. Analyse à partir du fichier d'analyse d'un échantillon de 120 dossiers médicaux
 - a) L'analyse a d'abord porté sur le seul critère phénotypique de l'IMC, le critère étiologique n'étant pas recueilli et le dosage de l'albumine sérique n'étant pas pris en compte.

En utilisant la dernière valeur calculée de l'IMC, la répartition des résidents est présentée dans le Tableau 20.

Tableau 20. Répartition des IMC des résidents selon le critère phénotypique d'IMC, échantillon de 120 dossiers

IMC	Nombre de résidents	% pour les IMC connues	% de dossiers avec absence d'IMC
Dénutrition sévère (IMC < 20 kg/m ²)	36	36,4	
Dénutrition modérée (20 ≤ IMC < 22 kg/m ²)	10	10,1	
Normo-pondéral (22 ≤ IMC < 25 kg/m ²)	17	17,2	
Surpoids (25 ≤ IMC < 30 kg/m ²)	24	24,2	
Obésité (IMC ≥ 30 kg/m ²)	12	12,1	
Total statut pondéral connu	98	/	
Statut pondéral inconnu	21		17,5
Total global	120	/	

Une analyse par pôle de soins permet de constater que la mesure des valeurs de l'IMC est de 81,0 % pour le pôle Malka, et avoisine la valeur de 85 % pour les trois autres pôles de soins.

Parmi les 46 résidents avec IMC < 22 kg/m² (ce qui est compatible avec une dénutrition) :

- 15 ont un antécédent de dénutrition ;
- Pour 36, la valeur de l'IMC < 20 kg/m² évoque une dénutrition sévère ;
- Le suivi mensuel du poids est assuré seulement chez 12 résidents (26,1 %). Pour les 34 autres, en moyenne, deux mesures de poids manquent entre le nombre de mesures du poids réellement présents sur leur courbe annuelle, et le nombre théorique de mesures que cette courbe doit avoir lorsqu'une évaluation mensuelle de poids est réalisée (i.e. 12 mesures pour 12 mois de suivi pondéral).

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>La répartition de ces résidents ayant la valeur de l'IMC < 22 kg/m² selon le pôle de soins n'est pas uniforme, le pôle Malka et Rina en accueillant environ 35 % sur leur effectif total, tandis que le pôle Guila en accompagne environ 40% et le pôle DITZA environ 50 %.</p> <p>b) La répartition des résidents à partir de la dernière valeur de l'albuminémie a également été analysée (i si albuminémie ≤ 30 g/l, possible dénutrition modérée si 30 g/l < albuminémie < 35 g/l).</p> <p>La valeur de l'albuminémie n'était pas renseignée pour trois résidents (2,5 %), La date d'admission du résident et la date de réalisation du dernier dosage d'albumine pris en compte n'ont pas été analysés.</p> <p>Ainsi, parmi les 120 résidents l'albuminémie était inférieure à 30 g/l (i.e. possible dénutrition sévère) chez 23 (19,2 %), et était comprise entre 30 et 35g/l chez 41 (34,2 %) (i.e possible dénutrition modérée)</p> <p>Pour les 23 résidents avec albuminémie < 30g/l :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huit ont un antécédent de dénutrition ; - Le suivi mensuel du poids est assuré chez deux résidents (8,7 %). En moyenne, pour les 21 autres résidents, trois mesures du poids manquent entre le nombre de mesures du poids réellement présents sur leur courbe annuelle, et le nombre théorique de mesures que cette courbe doit avoir lorsqu'une évaluation mensuelle de poids est réalisée (n = 12). <p>Il est à noter que la mission n'a pas trouvé dans les dossiers médicaux de synthèses individuelles affectant à chaque résident un statut nutritionnel à partir des différents critères utilisables : IMC, albumine, évaluation de la sarcopénie, étiologie.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque 50 : La détermination, à partir des critères multiples figurant dans les recommandations de la HAS, du statut nutritionnel individual de chaque résident et de son évolution, ne figurent pas dans les dossiers médicaux analysés.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 47 : Tous les résidents ayant un IMC < 22 kg/m² et/ou une albuminémie < 30g/l (et donc a priori dénutris) ne bénéficient pas d'une mesure de leur poids chaque mois, ce qui ne respecte pas <u>les recommandations de la HAS³⁵ et nuit à la qualité de leur prise en charge contrevenant aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF³⁶.</u></p> </div>

³⁵ HAS (2021) Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus : « Quel que soit le statut nutritionnel, il est recommandé d'en surveiller l'évolution :

- en ville : 1 fois par mois à domicile et à chaque consultation ;
- à l'hôpital MCO et SSR : à l'entrée, puis au moins une fois par semaine, et à la sortie ;
- en EHPAD et USL :: à l'entrée, puis au moins une fois par mois, et à la sortie. »

³⁶ Article L311-3 (3°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. »

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																				
				<p>2. <u>Analyse à partir du fichier d'extraction des données (n = 486 résidents)</u></p> <p>La dernière valeur de l'IMC, mesurée au mois de juin 2024, a été utilisée pour répartir les résidents selon quatre classes d'IMC (Cf. Tableau 21).</p> <p>Tableau 21. Répartition des résidents selon le critère phénotypique d'IMC, fichier de 486 résidents</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mesure de l'IMC en juin 2024</th> <th>Nombre de résidents</th> <th>% pour les IMC connues</th> <th>% de dossiers avec absence d'IMC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dénutrition sévère (IMC < 20 kg/m²)</td> <td>94</td> <td>30,8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dénutrition modérée (20 ≤ IMC < 22 kg/m²)</td> <td>40</td> <td>13,4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Normo-pondéral (22 ≤ IMC < 25 kg/m²)</td> <td>71</td> <td>23,7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Surpoids (25 ≤ IMC < 30 kg/m²)</td> <td>62</td> <td>20,7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Obésité (IMC ≥ 30 kg/m²)</td> <td>32</td> <td>10,7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total statut pondéral connu</td> <td>299</td> <td>/</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IMC inconnu</td> <td>187</td> <td></td> <td>38,5</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>486</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> </tbody> </table> <p>La répartition des résidents dénutris (IMC < 22 kg/m²) selon le pôle de soins³⁷ n'est pas uniforme, le pôle Diza en accueillant environ 50% de leur effectif total, tandis que le pôle Guila accompagne environ 42% et les pôles Malka et Rina environ 35%.</p> <p>Il convient de préciser que pour 187 résidents (38,5 %), la valeur de l'IMC du mois de juin 2024 n'est pas renseignée dans le dossier médical. Pour le mois de juin 2024, 326 résidents ont eu une mesure du poids tracée dans leur dossier médical, alors que la valeur calculée de leur IMC est effective pour 299 d'entre eux. Cela signifie que 27 valeurs d'IMC n'ont pas été calculées (i.e. oubli, absence de valeur de la taille).</p>	Mesure de l'IMC en juin 2024	Nombre de résidents	% pour les IMC connues	% de dossiers avec absence d'IMC	Dénutrition sévère (IMC < 20 kg/m ²)	94	30,8		Dénutrition modérée (20 ≤ IMC < 22 kg/m ²)	40	13,4		Normo-pondéral (22 ≤ IMC < 25 kg/m ²)	71	23,7		Surpoids (25 ≤ IMC < 30 kg/m ²)	62	20,7		Obésité (IMC ≥ 30 kg/m ²)	32	10,7		Total statut pondéral connu	299	/		IMC inconnu	187		38,5	Total	486	/	/
Mesure de l'IMC en juin 2024	Nombre de résidents	% pour les IMC connues	% de dossiers avec absence d'IMC																																					
Dénutrition sévère (IMC < 20 kg/m ²)	94	30,8																																						
Dénutrition modérée (20 ≤ IMC < 22 kg/m ²)	40	13,4																																						
Normo-pondéral (22 ≤ IMC < 25 kg/m ²)	71	23,7																																						
Surpoids (25 ≤ IMC < 30 kg/m ²)	62	20,7																																						
Obésité (IMC ≥ 30 kg/m ²)	32	10,7																																						
Total statut pondéral connu	299	/																																						
IMC inconnu	187		38,5																																					
Total	486	/	/																																					

³⁷ Malka: 13 dénutris / 42 résidents = 31%

Guila: 16 dénutris / 38 résidents = 42,1%

Rina: 8 dénutris / 22 résidents = 36,4%

Diza: 9 dénutris / 18 résidents = 50%

N°CAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Une analyse en sous-groupe conduit au constat que : les pratiques de mesure du poids et de calcul de l'IMC varient selon le pôle de prise en soins. Ainsi, pour le pôle Malka le calcul de l'IMC du mois de juin 2024 est effectué chez 19,2 % des résidents, pour le pôle Guila chez 88,2 % des résidents, pour le pôle Ditz chez 83,3 % des résidents, et pour le pôle Rina chez 88,5 % des résidents.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Écart 48 : Pour le mois de juin 2024, dans le fichier transmis, le calcul de l'IMC n'est pas tracé pour 38,5% des résidents, contexte qui nuit à sa qualité de prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF³⁸. Cette proportion s'élève à 80,8% des résidents pour le pôle Malka.</p> </div> <p>La répartition des résidents en prenant comme critère la valeur de l'albuminémie, identifie 69 résidents qui ont une dénutrition sévère (albuminémie < 30 g/l ; 15,0%), et 150 résidents qui ont une dénutrition modérée (30 g/l < albuminémie < 35 g/l ; 32,7%). Il convient de préciser que pour 27 résidents (5,6%), la valeur de l'albuminémie n'était pas renseignée dans leur dossier médical.</p> <p>B. L'évolution des courbes de poids</p> <p>1. <i>Analyse du fichier d'extraction de données, 486 résidents</i></p> <p>Le critère d'analyse a été la présence d'une mesure de poids pour les mois de janvier et juin 2024. L'établissement a transmis un fichier sur lequel étaient consignées les mesures de poids pour les mois de janvier et de juin. Sur cet échantillon de 486 résidents, seuls 215 (44,2 %) ont bénéficié de deux mesures de poids évaluées à six mois d'intervalle (i.e. janvier et juin 2024).</p> <p>Chez ces 215 résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 25 résidents ont $20 \text{ kg/m}^2 \leq \text{IMC} < 22 \text{ kg/m}^2$, qui oriente vers une dénutrition modérée (11,6 %) ; - 62 résidents ont un $\text{IMC} < 20 \text{ kg/m}^2$ qui oriente vers une dénutrition sévère (28,8 %). <p>Pour évaluer l'évolution de la courbe de poids entre ces deux points, une soustraction a été réalisée entre la valeur de la mesure du poids du mois de janvier et celle du mois de juin 2024. Si la différence entre ces deux valeurs est supérieure à 5% du poids du mois de juin, la courbe est considérée comme ascendante (i.e. différence positive) ou descendante (i.e. différence négative). Si la variation du poids n'est pas supérieure à 5%, la courbe est considérée comme stationnaire.</p> <p>Au total, chez les 25 résidents ayant une dénutrition modérée, 10 ont une courbe descendante et quatre une courbe ascendante. Par ailleurs, chez les 62 résidents ayant une dénutrition sévère, 19 ont une courbe descendante et 9 une courbe ascendante.</p> <p>2. <i>L'évolution de la courbe de poids n'a pas été analysée à partir de l'échantillon de 120 dossiers médicaux.</i></p> <p>Au total, une attention toute particulière doit être accordée aux résidents dénutris ayant le profil de courbe du poids descendant.</p>

³⁸ Article L311-3 (3°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. »

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Remarque 51 : La mission n'a pas retrouvé dans les documents transmis d'analyse par l'EHPAD de l'évolution de la courbe de poids, de l'IMC ou de l'albuminémie, notamment chez les résidents pouvant être considérés comme dénutris ou très dénutris. Elle rappelle que la mesure cinétique de la perte de poids est un des critères de diagnostic de dénutrition sévère. Ref : Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus ; HAS, novembre 2021.</p>
3.4	3.4.7	Vie quotidienne - Hébergement	<p><u>L'aide aux repas, troubles de la déglutition</u></p>	<p>Il n'existe pas de procédure d'aide au repas ni de dépistage systématique des troubles de déglutition à l'admission des résidents.</p> <p>Le jour de l'inspection, les résidents qui ont besoin d'aide pour les repas sont accompagnés.</p> <p>En salle de restauration, le service est fait à l'assiette.</p> <p>Aucun plan de table n'est affiché.</p> <p>Selon les observations, les professionnels essaient de stimuler les résidents et leur coupent au besoin leurs aliments. Le déjeuner se déroule en silence.</p> <p>Dans le projet d'établissement, il est dit que des « actions sont menées en lien avec le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) de la MRG, piloté par le médecin [REDACTED]. Le comité a établi les recommandations de bonnes pratiques concernant les troubles de la déglutition en collaboration avec de nombreux professionnels ».</p> <p>Plusieurs familles nous ont indiqué que leur proche recevait des repas en texture mixée après une « petite » fausse route, sans avoir eu de bilan de la déglutition par un orthophoniste. Il leur est difficile d'avoir accès à un orthophoniste pour leur proche, certaines familles ont évoqué une interdiction de prise de rendez-vous avec un orthophoniste pour faire le point. Ils ont signé une décharge de responsabilité à l'établissement pour pouvoir accompagner leur proche au restaurant.</p> <p>L'EHPAD a transmis à la mission une convention signée en 2021 pour un an « renouvelable par accord expresse des deux parties » avec une orthophoniste. Cette convention n'est donc plus valide.</p> <p>Les repas des résidents peuvent être servis en chambre. La mission a procédé à l'observation de repas en chambre, et notamment pour le dîner.</p> <p>La mission a constaté que sans aide pour ces résidents, le plateau était débarrassé quasiment encore complet. La mission s'interroge sur la surveillance nutritionnelle particulière apportée à ces résidents.</p> <p>Le temps imparti au dîner est inférieur à une demi-heure.</p> <p>La dispensation des formations relatives à la détection des troubles de la déglutition et à la prise en charge des fausses routes n'est pas homogène par pôle de prise en charge. Il ressort des entretiens menés que ces deux types de formations ont été dispensés aux soignants en juin 2023 par la diététicienne de l'EHPAD et la présidente du CLAN. Une journée de type colloque sur ce thème a été par ailleurs organisée.</p> <p>En outre, lorsque les soignants manifestent un besoin de formation à la détection des troubles de la déglutition et à la prise en charge des fausses routes, des mini formations sur ces sujets sont réalisées par les médecins coordonnateurs de pôle lors des réunions d'équipe.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Écart 49 : Les troubles de la déglutition sont évalués de façon globale, mais les résidents n'ont pas accès à la réalisation si besoin d'une évaluation spécialisée des troubles dysphagiques par des orthophonistes pour préciser le diagnostic, ce qui contrevient à l'article L311-3 1° et 3° du CASF.</p> <p>Remarque 52 : Le CLAN ne s'est pas réuni depuis 2022.</p>
3.4	3.4.8	Vie quotidienne - Hébergement	Les toilettes	<p>Dans le RAMA 2023, il est dit que des audits sur les toilettes ont été menés « dans le cadre du CLIN ».</p> <p>Les toilettes sont notées dans le plan de soins. Il est précisé si elles sont faites au lit, au lavabo ainsi que les douches. Au minimum une douche par semaine est planifiée. Lors des entretiens avec les familles de résident, celles-ci se sont plaintes du manque d'hygiène de leur proche : protection non changée, douche pas toujours donnée, cheveux sales. Il est à noter également que les derniers signalements reçus à l'ARS étaient relatifs à des événements indésirables (chutes) liés au non-respect du plan de soins (toilettes réalisées par 1 seul professionnel alors qu'elles doivent être faites à 2 professionnels).</p> <p>Remarque 53 : Les plans de soins ne sont pas systématiquement respectés s'agissant des consignes pour la réalisation des toilettes. .</p>
3.4	3.4.9	Vie quotidienne - Hébergement	Les changes	<p>Dans le plan de soins, la mission constate que les résidents sont changés deux à trois fois par jour. La programmation des changes de nuit n'apparaît pas sur les plans de soins ni la vérification du niveau de saturation de la protection de jour comme de celle de nuit. La taille des protections est indiquée. Hormis pour les pull-ups, le type de protection n'est pas indiqué sur le plan de soins. (Quantité d'urines absorbée en lien avec la couleur de la protection)</p> <p>Pour cela, depuis 2023, un logiciel de commande et de suivi des protections est mis en place. Ce sont les cadres de santé de chaque pôle qui en sont responsables.</p> <p>Lorsque l'autonomie du résident lui permet d'aller aux toilettes, l'information est notée mais selon les dires des familles de résident, la conduite aux toilettes à la demande des résidents n'est pas toujours effective. Idem pour les résidents âgés. Une proche raconte qu'un matin, elle a retrouvé sa mère couverte de ses excréments, nue, accrochée à son matelas, petit déjeuner face à elle, porte fermée. Elle criait "aidaz-moi". Lorsqu'elle a averti l'IDE, celle-ci dit qu'elle crie depuis 1h30 et qu'il faut attendre une AS pour la changer.</p> <p>Écart 50 : La situation particulière ainsi rapportée lors d'un entretien, d'absence volontaire et prolongée, en raison de l'organisation et du fonctionnement de l'EH PAD (AS indisponible), de réponse à un besoin élémentaire d'un résident, est compatible avec la définition de maltraitance figurant à l'article L119-1 CASF</p> <p>Écart 51 : La prise en charge de la continence telle que notée dans les plans de soins n'est pas en adéquation avec les besoins du résident, ce qui contrevient à l'article L311-3 - 1° du CASF.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4	3.4.11	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Le circuit du linge</u>	<p>Le linge plat de l'EHPAD (draps, taies, gants et serviettes toilettes, chemises patients) et les tenues des professionnels sont nettoyées par la société [REDACTED].</p> <p>D'après le contrat signé avec la société le 4 février 2024, le linge sale est collecté du lundi au samedi et le linge propre est livré du lundi au vendredi Il est rangé dans des chariots par bâtiment.</p> <p>Le linge des résidents est nettoyé en interne, à la lingerie située en sous-sol.</p> <p>8 personnes travaillent à la lingerie, de 7H à 15H et de 7H30 à 15H30 tous les jours. Ils sont encadrés par une responsable et son adjoint, avec lesquels la mission s'est entretenue.</p> <p>Les professionnels de la lingerie disposent d'une tenue de travail de protection.</p> <p>Le linge sale est amené dans des sacs fermés La lingerie est organisée en 4 zones :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jaune : tri et lavage - Orange : tri et lavage - Violet : vider les machines, mettre dans les machines puis séchage et pliage. - Vert : rangement casier résident <p>Le linge en attente de travaux de couture, notamment les marquages, est également dans la zone jaune. La responsable indique qu'elle effectue également des petits travaux de couture à la demande des résidents.</p> <p>Les personnels sont organisés en 4 postes de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mouillé, - Séchage, - Pliage, - Rangement par pavillon. <p>En cas de perte de linge ou de difficultés, il est indiqué à la mission que les familles peuvent prendre rdv et venir entre 12h et 14H.</p>

3.5. Soins : L'organisation de la continuité des soins

N°GAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8	3.5.1	Soins	<u>Equipe pluridisciplinaires mobilisées pour la PEC des résidents</u>	<p>Les professions de santé mobilisées sont : les aide médico- psychologique AMP/AES, les aides-soignants, les ergothérapeutes, les infirmiers, les kinésithérapeutes libéraux, les médecins, les pharmaciens et préparateurs en pharmacie, les psychologues, une diététicienne employée par le prestataire externe et une par la fondation, des psychomotriciens, un pédicure, un dentiste.</p> <p>Les différents personnels rencontrés par la mission ont confirmé qu'il n'y a pas d'intervention d'orthophoniste de l'équipe mobile de gériatrie externe (EMGE) ou libéral pour faire les bilans des troubles de la déglutition ou suite d'AVC bien que cité dans le projet d'établissement. La mission n'a pas pu déterminer la nature des interventions de l'orthophoniste libérale qui assure une vacation par semaine.</p>
3.8	3.5.2	Soins	<u>Organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins</u>	<p>L'organisation du travail permet d'assurer la continuité des soins sur 24h, 7 jours sur 7.</p> <p>Les professionnels IDE et AS/ AMP/ AVS/ AES travaillent sur un cycle de 12h (10 h de travail effectif).</p> <p>En journée, il existe deux horaires différents pour les IDE : 7h-19h et 8h30-20h30.</p> <p>Les AS/AES/AMP et AVS travaillent sur 3 horaires différents en décalé : 7h-19h ; 8h-20h et 9h-21h.</p> <p>La nuit, les professionnels (IDE et AS) sont tous sur l'horaire 20h15-7h15.</p> <p>Les ASH sont sur des horaires en 7-8 h, soit le matin (7h30-14h50), soit en journée (12h-20h15)</p> <p>Les cadres de soins travaillent du lundi au vendredi sur des horaires de journée, hors roulement pour le poste de matin (dès 7h).</p>
3.8	3.5.3	Soins	<u>La coordination du MédCo, de l'IDEC, du pharmacien</u>	<p>La coordination de l'équipe soignante par les médecins gériatres coordonnateurs de pôle est assurée au moyen :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De leur passage quotidien à chaque étage avec l'IDE d'étage, contexte qui leur permet de répondre aux questions soulevées par les soignants et d'examiner les résidents ayant un problème de santé intercurrent ; - Des réunions d'équipe organisées une fois par semaine et par étage ; - Du courriel ; - Du téléphone ; - Selon la problématique qui se pose, les soignants peuvent les contacter également directement dans leurs bureaux. <p>La coordination de l'équipe soignante par les cadres de santé est assurée au moyen :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des réunions d'équipe ; - Des transmissions soignantes auxquelles les cadres de santé participent ; - D'un passage régulier dans les services dont ils ont la charge ; - Du courriel ; - Du téléphone. <p>La mission n'a pu établir concrètement les temps d'échanges entre MEDCO, IDEC et IDE</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>La situation est très variable selon les bâtiments et la présence ou non de cadres de santé et MEDCO.</p> <p>Au niveau du bâtiment DITZA, il y a un temps d'échange de 2h chaque mardi après-midi, entre le MEDCO, les IDE, la cadre, les AS et AMP.</p> <p>Le pharmacien gérant la PUI est désigné pharmacien référent pour l'EHPAD Rothschild. Celui-ci est connu des équipes soignantes. Il entretient des contacts réguliers avec les cadres et les médecins.</p> <p>Coordination entre la PUI et le personnel soignant et médical :</p> <p>Des Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) sont organisés 3 à 4 fois/an.</p>

3.6. Soins : Les moyens pour la prise en soin

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8	3.6.1	Soins	Le poste de soins	<p>L'EHPAD Rothschild dispose de 14 postes de soins, correspondant aux 17 niveaux géographiques ³⁹de prise en charge des résidents.</p> <p>Au pôle Malka, construit sur cinq étages ; chaque poste de soins a une disposition centrale, étant situé à l'intersection des trois ailes qui constituent chaque étage. Quatre postes de soins sont localisés et conçus de la même manière. Le cinquième poste de soins, a un positionnement légèrement décalé ;</p>

³⁹ Un poste de soins par étage de chaque bâtiment d'hébergement sauf pour Rina (un seul poste de soins pour quatre niveaux de prise en soins).

Par conséquent, il y en a 14 postes de soins pour 17 niveaux de prise en charge : 5 niveaux pour Malka ; 5 niveaux pour Guila ; 4 niveaux pour Rina ; 3 niveaux pour Ditzza.

			<p>Chaque poste de soins comporte deux espaces qui se succèdent et qui sont séparés par une porte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le poste de soins proprement dit ; - La « pharmacie du poste de soins ». <p>Les postes de soins n'étaient pas propres le premier jour d'inspection sur site, bien qu'un nettoyage quotidien ait été réalisé en fin de matinée par les agents hôteliers. Une fiche de traçabilité du nettoyage des postes de soins n'était pas élaborée au moment de la visite.</p> <p>Les postes de soins proprement dits comportaient des armoires à médicaments qui n'étaient pas toutes fermées à clé. L'une d'entre elles, fermée à clé, contenait la dotation des besoins urgents. Cette dotation comporte : des analgésiques, des anti-infectieux, des corticoïdes, des médicaments pour le système cardiovasculaire, le système nerveux, le système respiratoire, et des perfusions. Cette dotation ne comporte pas : des médicaments à visée ophtalmologique.</p> <p>La mission a constaté dans un des postes de soins de Malka (5^e étage) l'affichage de plusieurs documents dont la conduite à tenir en cas d'urgence vitale avec le n° d'appel d'urgence. Trois n° d'urgence sont marqués sur cette conduite à tenir, car trois médecins se partagent les étages du pôle Malka.</p> <p>L'espace « pharmacie du poste de soins » communique, à travers une porte à code, avec le poste de soins proprement dit. Le code de cette porte est connu par les médecins, les cadres de santé et les IDE. L'espace comportait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une armoire à médicaments contenant les sernainiers des résidents ; - Le chariot de distribution des médicaments, sécurisé par une serrure à code et à clé, qui regroupe les piluliers des résidents organisés par n° de chambre. Le nettoyage des piluliers est réalisé une fois par semaine. Les piluliers ne comportent pas la photographie du résident. - Le réfrigérateur des médicaments thermosensibles ne comportait ni denrées alimentaires ni prélèvements biologiques. La feuille de suivi journalier des températures n'était pas remplie quotidiennement. Cette feuille permet également de tracer le nettoyage et le dégivrage mensuel. Pour le mois de juin, ces deux opérations n'avaient pas encore été réalisées jusqu'au jour de l'inspection. Les dates de péremption des médicaments thermosensibles sont vérifiées mensuellement. Les températures relevées pour le mois de juin avaient toutes la même valeur : 4°C. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque 54 : La feuille de suivi journalier des températures du réfrigérateur des médicaments thermosensibles n'est pas remplie quotidiennement.</p> </div> <p><u>Pour Guilla :</u></p> <p>Les postes de soins se situent à chaque étage vers les ascenseurs et le salon et sont sécurisés par digicode. Pour y accéder, il faut passer par un espace informatique ouvert à tous avec un lavabo et une paillasse. Une réserve est attenante à ce poste de soins. Il y a un tableau d'affichage avec des données des résidents près du poste informatique.</p> <p>Les postes de soins sont comme des locaux professionnels (DASRI, réserves...) sales, non rangés, les meubles cassés, les chariots de médicaments vétustes et non fonctionnels (les volets ne se ferment plus...) Les postes de soins servent à l'occasion de vestiaire.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Photo 13 : Propreté et rangement d'un poste de soins</p> </div>
--	--	--	--

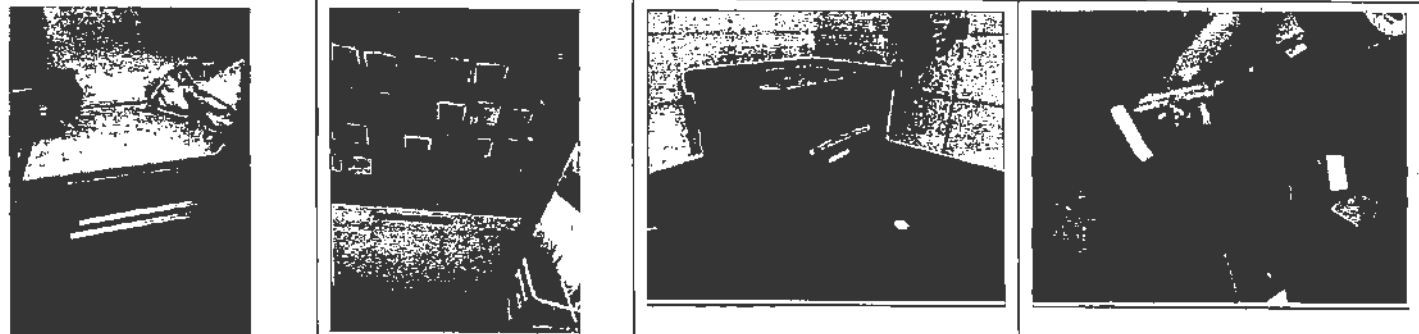


Photo 14 : Organisation et rangement d'un poste de soins





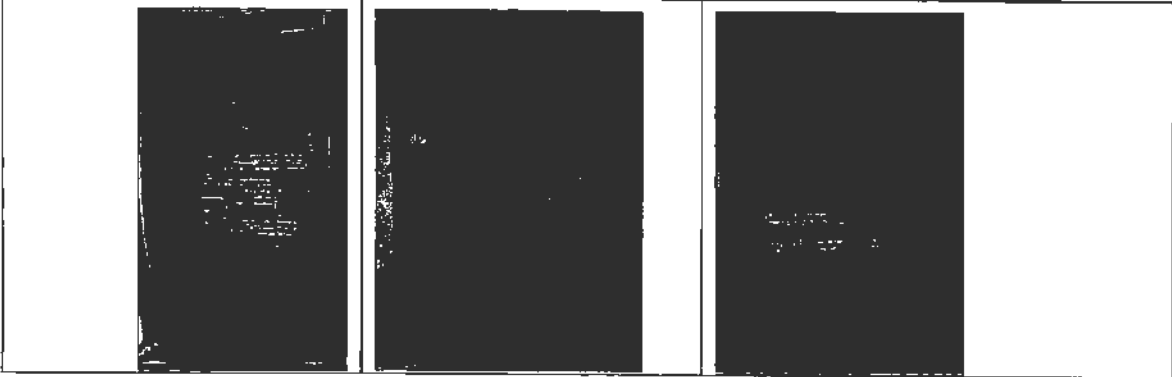
Pour Rina, il n'existe qu'un seul poste de soins au premier étage du bâtiment, mais il est vaste et fonctionnel par rapport aux autres postes de soins exigus dans les autres bâtiments.

Les 14 postes de soins répartis dans les 4 bâtiments de l'EHPAD sont globalement en mauvais état, en raison notamment de la vétusté des locaux. Il s'est avéré que tous possèdent un sol collant au pied, une ventilation insuffisante, des problèmes de régulation de la température (ex : poste au 5^e étage du bâtiment DITZA : température ambiante élevée), ont une surface exigüe (ex : DITZA- 5^e étage) et parfois des portes de placard stockant des médicaments et autres équipements arrachées (MALKA – 1^{er} étage).

Remarque 55 : Les postes de soins sont nombreux mais ne disposent pas d'une superficie suffisante avec un espace dédié et sécurisé pour les réserves de médicaments, ni d'un système de ventilation et de régulation de la température des locaux.

				<p>Le coffre à stupéfiants du bâtiment Malka, situé dans le poste de soins du premier étage, ferme à clé. Un boîtier à code connu par les cadres et les IDE contenait la clé permettant l'ouverture du coffre. Le registre des stupéfiants, disposé sur le coffre, est régulièrement renseigné. Le coffre à stupéfiants comportait plusieurs spécialités médicamenteuses (i.e. Oxynormo, Oxycontin, Actiskenan, morphine, Durogesic, Oramorph). Un contrôle quotidien de la dotation des stupéfiants est réalisé par chaque équipe infirmière. Ce contrôle est tracé sur une fiche permettant de faire la traçabilité journalière du stock de stupéfiants. Cette fiche est renouvelée d'une façon hebdomadaire. Elle comporte : la date, l'heure, la signature des IDE, et pour chaque molécule thérapeutique le nombre de comprimés ou d'ampoules présentes dans le coffre au moment du contrôle.</p> <p>Dans un de cinq postes de soins du bâtiment Malka, un abus d'oxygène n'était pas fixé sur son support dédié.</p> <p>Remarque 56 : Un abus d'oxygène, situé dans un poste de soins, n'était pas fixé sur son support dédié.</p>
3.8	3.6.2	Soins	<p><u>Les équipements du poste de soins</u></p>	<p>L'équipement des postes de soins est composé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'un chariot d'urgence par pôle avec aspirateur de mucosité et défibrillateur - d'un ou plusieurs abus d'O2 - d'un dynamap - d'un chariot de médicaments - d'un chariot de pansements - un pousse seringue électrique vu sur certains étages - des thermomètres <p>Chaque pôle de soins dispose :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'un chariot d'urgence ; - D'un bladder scan ; - D'un électrocardiographe. <p>Au niveau de chaque étage, une chaise de pesée est disponible. Une plateforme de pesée est localisée au quatrième étage du bâtiment Malka.</p> <p>Des produits d'hygiène des mains sont disponibles à chaque étage.</p> <p>Les solutions hydroalcooliques comportent généralement leur date d'ouverture. Quelques-unes ont été photographiées sans date mais leur nombre est réduit. Les flacons sont posés sur les chariots sans support, comme les boîtes à OPCT (objet piquants coupants tranchants).</p> <p>Photo 15 : Différents éléments retrouvés dans les postes de soins</p>


				
3.8	3.6.3	Soins	<p><u>La sécurisation du poste de soins</u></p>	<p>Le stockage et la sécurisation des dossiers médicaux des résidents a été présenté au point de contrôle IGAS n° 2.3 / 2.3.6.</p> <p>Les postes de soins sont fermés en l'absence de personnel soignant. Ils s'ouvrent par code ou par carte magnétique en fonction des bâtiments. Cependant la mission d'inspection a trouvé plusieurs de ces locaux ouverts, voire la porte bloquée ouverte sans surveillance.</p> <p>Ainsi le jour de l'inspection, la porte d'accès était bloquée en position ouverte par une bouteille d'oxygène à usage médical dans le poste de soins RINA 1^{er} étage, alors que cette porte est munie d'un système d'ouverture à code.</p> <p>Remarque 57 : La sécurisation de l'accès aux postes de soins n'est pas satisfaisante en pratique, bien qu'un système de sécurisation existe sur chaque porte.</p> <p>De très nombreux documents sont affichés dans des classeurs muraux (documents hygiène-AES, etc...), sur des tableaux (liste des tâches avec les noms des résidents à la vue de tous). Tous les documents sont mélangés : du soin, de la qualité, des animations...</p> <p>Certains sont datés et inexacts. Par exemple, l'affiche sur les EPI (équipements de protection individuelle) à porter pour rentrer dans une chambre de résident malade de la COVID 19 ou bien encore le soutien aux soignants proposé en mars 2020.</p> <p>De même pour l'affiche de la conduite à tenir en cas d'AES : les grandes lignes sont toujours d'actualité mais le temps de prise en charge d'un médecin est passée à moins de 48h00 de l'accident et non plus 24 h00.</p> <p>Photo 16 : Affichages obsolètes</p> 

				
				<p>Remarque 58 : Les informations des affichages dans les postes de soins ne sont pas à jour</p>
3.8	3.6.4	Soins	<p><u>Les projets de soins individualisés (PSI)</u></p>	<p>D'après les procédures internes, un projet de soins individualisé est élaboré pour chaque résident. A son élaboration participent : les cadres de santé du pôle, les infirmiers, les aides-soignants, la psychologue, les rééducateurs. Ce projet comporte plusieurs parties, dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les habitudes de vie ; - Les soins médicaux ; - Les soins paramédicaux ; - Les souhaits des résidents ; - L'animation. <p>Les projets de soins individualisés sont ensuite abordés et validés lors des réunions d'étage hebdomadaires. A ces réunions sont présents : le médecin et le cadre de santé référents d'étage, ainsi que l'équipe soignante (i.e. IDE, AS) de l'étage concerné.</p> <p>Les plans de soins sont élaborés par les IDE et les AS référents du résident et validés par la cadre de soins. Leur mise à jour, assurée par l'IDE et l'AS référents, est réalisée à chaque changement de l'état de santé du résident.</p> <p>Chaque plan de soins comporte plusieurs volets dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les soins d'hygiène : <ul style="list-style-type: none"> o Toilette corporelle ; o Changes ;

				<ul style="list-style-type: none"> - Le comportement ; - La contention ; - Les surveillances (e.g. hydrique, chute, fugue) ; - Les autres dispositifs (e.g. lunettes, appareils dentaires ou auditifs) ; - Les allergies . <p>La mise en œuvre des projets de vie individualisés (ou Projet d'accueil personnalisé) ont été étudiés par la mission au point 3.1.3 du rapport.</p>
3.8	3.6.5		<u>L'organisation du travail des nouveaux professionnels IDE, AS, AES, ... (nouveaux CDI/CDD, vacataires, intérimaires, stagiaires)</u>	<p>Des fiches de tâches heurées sont à disposition des intérimaires et professionnels en CDD, quelle que soit la durée de leur contrat (1 journée, 1 mois ou 1 an) ainsi que la fiche accueil nouveaux arrivants propres à chaque catégorie de professionnels. Par ailleurs, les plans de soins sont consultables sur le logiciel, voire parfois rassemblés en classeur papier selon les pôles. Pour toute urgence médicale, la présence systématique d'IDE permet de faire le lien avec les médecins d'astreinte ou de garde, voire avec le SAMU.</p> <p>Selon les entretiens menés avec les professionnels, ces derniers déclaraient connaître l'utilisation des logiciels : [REDACTED]TM : pour le dossier informatisé du résident. Des codes d'accès génériques sont disponibles dans le poste de soins. [REDACTED]^M (logiciel qualité, Gestion documentaire, Déclaration Événement indésirable, demandes d'interventions techniques, compte-rendu de réunions, etc.).</p>
3.8	3.6.6	Soins	<u>Les dossiers de liaison d'urgence (DLU)</u>	<p>Les DLU sont disponibles seulement sous format numérisé dans le logiciel [REDACTED], ce qui permet normalement aux soignants d'y avoir un accès 24h/24. Leur mise à jour est effective, dès qu'un changement est apporté dans le dossier médical, informatisé.</p> <p>Il convient de noter qu'en cas de panne informatique et de travail en mode dégradé, les DLU ne sont pas accessibles, mais que les ordonnances et les dossiers administratifs des résidents peuvent être imprimés à partir d'un ordinateur relié situé au premier étage du bâtiment Malka.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 59 : Les dossiers de liaison d'urgence, qui existent exclusivement sous format numérisé, ne sont pas disponibles en cas de panne informatique ce qui peut poser problème pour la continuité de la prise en charge des résidents et leur sécurité, et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF⁴⁰.</p> </div>

⁴⁰ Article L311-3 (3°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; »

3.8	3.6.7	Soins	<p><u>Le chariot d'urgence</u></p>	<p>L'EHPAD Rothschild est équipé de quatre chariots d'urgence, qui sont répartis dans chaque bâtiment de soins.</p> <p>Un chariot d'urgence sur Malka a été inspecté par les membres de la mission. Ce chariot, scellé au moment de son contrôle, disposait d'un aspirateur fonctionnel et d'un bladder scan. Il est contrôlé une fois par mois et après chaque utilisation.</p> <p>Des obus d'oxygène ont été retrouvés dans d'autres postes de soins que celui accueillant le chariot d'urgence. Un de ces obus d'oxygène n'était pas fixé sur son support dédié (voir point de contrôle IGAS n° 3.8 / 3.6.1).</p> <p>A Guilla, le chariot d'urgence est scellé, vérifié. Le matériel d'aspiration était branché mais positionné sur un bureau à côté du chariot d'urgence. Un Obus d'O2 plein est fixé au chariot.</p> <p>A Rina, un chariot avec deux aspirateurs de mucosités et un plateau à glycémie capillaire entreposés dessus</p> <div data-bbox="638 542 1579 877" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  <p>Photo 17 : Chariot avec deux aspirateurs de mucosités et un plateau à glycémie capillaire entreposés dessus</p> </div> <p>Les constats effectués montrent que les dotations de médicaments pour l'urgence vitale sont placées dans des chariots d'urgence pourvus d'un système de sécurisation et présentant des scellés.</p> <div data-bbox="649 1037 2060 1157" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 60 : Les chariots d'urgence observés n'ont pas un format permettant un déplacement aisé et une utilisation rapide. De plus, la liste des spécialités n'est pas non plus accessible rapidement et le contenu est constitué uniquement de spécialités injectables. Enfin, concernant le chariot d'urgence positionné dans le poste de soins du 1^{er} étage du bâtiment MALKA, son ouverture et l'utilisation de la dotation médicament ne sont pas tracés dans le document prévu à cet effet.</p> </div>
-----	-------	-------	------------------------------------	--

3.8	3.6.8	Soins	Le défibrillateur automatique externe (DAE)	<p>Le DAE n'est pas disposé sur ou à proximité du chariot d'urgence. Il est localisé au poste de sécurité de l'établissement, dans le grand hall d'accueil du rez-de-chaussée. De par sa localisation, il est accessible aux agents de sécurité, mais pas de façon directe par le public bien qu'il soit visible pour ce dernier. Par ailleurs, la signalétique du DAE n'est pas mise en place. La fiche de traçabilité de son contrôle régulier n'est pas élaborée.</p> <p>Remarque 61 : L'EHPAD dispose d'un seul DAE dont la signalétique est absente. Sa localisation au niveau du poste de sécurité, constitue un emplacement qui est facilement accessible et visible à l'entrée de l'établissement, mais qui ne permet pas directement son utilisation permanente par toute personne présente dans l'enceinte de l'établissement conformément aux indications des articles 241 et 3 de l'arrêté du 29 octobre 2019⁴¹ relatif aux DAE et à leurs modalités de signalisation dans les lieux publics et les établissements recevant du public.</p> <p>Écart 52 : La fiche de contrôle régulier du DAE n'est pas élaborée ce qui contrevient aux dispositions du <u>décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018</u>⁴³ relatif aux défibrillateurs automatisés externes et à l'<u>article R.5212-25 du CSP</u>⁴⁴.</p>
3.8	3.6.9	Soins	Prévention, dépistage et protocole de gestion de la douleur	<p>Les modalités de prise en charge de la douleur lors de l'admission du résident dans l'EHPAD, de même que tout au long de son suivi, varient selon le professionnel de soins interviewé.</p> <p>Toutefois, les soignants interviewés s'accordent à dire que l'évaluation de la douleur est réalisée notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - A l'admission ; - En cas de symptôme ou d'expression compatible ; - En cas de douleur présente lors de la réalisation des soins corporels ; - En cas d'administration d'un traitement antalgique ; - En post-chute.

⁴¹ Arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux DAE et à leurs modalités de signalisation dans les lieux publics et les établissements recevant du public : « Article 2 Les propriétaires des établissements recevant du public, exploitants des défibrillateurs automatisés externes mentionnés à l'article L. 123-5 du code de la construction et de l'habitation sont tenus :

1° d'apposer une *affiche de signalisation, visible à chaque entrée de l'établissement*, conformément au modèle 1 de l'annexe 1 du présent arrêté ;

2° d'indiquer l'emplacement et le chemin d'accès au défibrillateur automatisé externe à l'aide des *affiches de signalisation* conformes aux modèles 2, 3 et 4 de l'annexe 1 du présent arrêté. Ces affiches sont installées de façon visible et en nombre suffisant pour faciliter l'accès au DAE ;

3° d'apposer sur le boîtier ou à proximité immédiate de l'appareil une étiquette conforme au modèle de l'annexe 3 du présent arrêté. L'étiquette demeure visible et lisible de l'extérieur du boîtier de manière constante. Les informations y figurant sont mises à jour. »

⁴² Arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux DAE et à leurs modalités de signalisation dans les lieux publics et les établissements recevant du public : « Article 3 Le DAE est installé dans un *emplacement facilement accessible et permettant son utilisation permanente par toute personne* présente dans l'enceinte de l'établissement. »

⁴³ Décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018 : « Art. R. 123-60. *Le propriétaire du défibrillateur veille à la mise en œuvre de la maintenance du défibrillateur et de ses accessoires et des contrôles de qualité prévus pour les dispositifs médicaux qu'il exploite. La maintenance est réalisée soit par le fabricant ou sous sa responsabilité, soit par un fournisseur de tierce maintenance, soit, si le propriétaire n'est pas l'exploitant, par l'exploitant lui-même conformément aux dispositions de l'article R. 5212-25 du code de la santé publique. »*

⁴⁴ Article R.5212-25 du CSP : « *L'exploitant veille à la mise en œuvre de la maintenance et des contrôles de qualité prévus pour les dispositifs médicaux qu'il exploite. La maintenance est réalisée soit par le fabricant ou sous sa responsabilité, soit par un fournisseur de tierce maintenance, soit par l'exploitant lui-même. »*

Une procédure de prise en charge de la douleur est élaborée (Réf. : Procédure 002, version 2 approuvée le 8 février 2019) et disponible via le logiciel [REDACTED]. Structurée sous forme d'un tableau, cette procédure présente :

- La prise en charge médicamenteuse :
 - o Des douleurs neurogènes (échelle DN4, prescription des antiépileptiques) ;
 - o Des douleurs nociceptives (échelles EVS, Algoplus, Doloplus, administration d'antalgiques de l'un des trois paliers voire leur association) ;
 - Si douleurs légères / modérées – antalgiques de palier I ;
 - Si douleurs modérées / intenses et échec des antalgiques de palier I – antalgiques de palier II ;
 - Si douleurs intenses et échec des antalgiques de palier II – antalgiques de palier III ;
 - Objectifs et modalités d'associations d'antalgiques.
 - o Règles générales dont fait partie : la réévaluation de la douleur au moyen d'une échelle soixante minutes après l'administration d'un antalgique.
- La prise en charge non médicamenteuse dont :
 - o Le positionnement correctement du résident ;
 - o La réalisation d'un soutien psychologique.

Cette procédure explique les différentes sortes de douleurs (nociceptives, neuropathiques, psychogènes, mixtes ou associées aux soins) et les différentes grilles d'évaluation de la douleur chez les résidents coopérants et les résidents avec des troubles de la communication.

La procédure décrit la prise en charge des différents types de douleurs par les différents antalgiques prescrits par le médecin et administrés par l'IDE.

Aucun point sur la collaboration IDE-AS et ses limites lors de la distribution ou l'aide à la prise d'un traitement n'est évoqué dans cette procédure.

Remarque 62 : La procédure de prise en charge de la douleur, version 2, 2019 ne prévoit pas la collaboration IDE/AS lors de la distribution et aide à la prise d'un traitement et n'évoque pas la procédure « recommandations de bonnes pratiques pour l'administration des médicaments ».

Il ressort des entretiens menés que l'existence de cette procédure de prise en charge de la douleur n'est pas connue par tous les soignants.

Les pompes à morphine sont utilisées au sein de l'EHPAD. Il existe une pompe à morphine par bâtiment. Les IDE sont formés à leur utilisation. Cette formation fait partie intégrante de leur cursus.

La mission d'inspection a vu des pousse-seringues électriques dans les services sans en connaître l'usage. Aucun protocole de sédation profonde n'a été transmis.

3.8	3.6.10	Soins	<u>Les soins palliatifs</u>	<p>Une procédure d'accompagnement des résidents en fin de vie (Réf : PRC 001, version 2 du 20 février 2018) est élaborée et disponible dans le logiciel [REDACTED]. Il y est énoncé que cet accompagnement se fait en lien avec les directives anticipées et les souhaits tracés de la personne et /ou la personne de confiance.</p> <p>Des réunions pluridisciplinaires permettent d'évaluer l'évolution de l'état de santé du résident</p> <p>Lors des entretiens menés, il a été constaté que les soignants n'ont pas connaissance de l'existence de cette procédure.</p> <p>Lorsqu'un résident relève d'une prise en charge palliative, les soignants de l'EHPAD Rothschild collaborent principalement avec l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital La Croix Saint-Simon, et dans certaines situations avec l'équipe mobile gériatrique de l'hôpital Rothschild. Par ailleurs, l'EHPAD Rothschild peut solliciter également l'intervention du réseau M2A/DAC Paris HumanEst.</p> <p>Des sédations profondes ne sont pas réalisées au sein de l'EHPAD Rothschild.</p> <p>L'EHPAD a une convention avec le Réseau Oncologie de Paris Est (ROPE). La convention avec le réseau ROPE doit être revue et il est prévu qu'elle soit remplacée par une convention avec la M2A Est.</p> <p>L'EHPAD a une convention avec l'HAD de la Croix Saint Simon.</p>
3.8	3.6.11	Soins	<u>Les procédures et protocoles de soins</u>	<p>Les professionnels ont accès aux protocoles et procédures dans [REDACTED]. Il y a un classeur des protocoles et procédures tenu à jour par la Responsable Qualité Gestion des Risques dans chaque pôle.</p> <p>Pour les urgences vitales et notamment en cas d'arrêt cardiorespiratoire des conduites de prise en charge sont disponibles dans certains postes de soins. Ces conduites à tenir comportent le n° d'urgence auquel il faut faire appel en cas de survenue d'une urgence vitale. Pour la prise en charge des fausses routes, une fiche technique « conduite à tenir en cas de fausse route. Manœuvre de Heimlich » date de 2012. Elle se limite comme son nom l'indique à la méthode de Heimlich. Elle ne préconise pas par exemple d'aller chercher le chanot d'urgence avec l'aspirateur de mucosités dans le même temps.</p> <p>Concernant les pathologies graves, les procédures transmises à la mission concernent la « conduite à tenir pour un résident présentant des troubles de la déglutition et du comportement à la prise des médicaments » qui date de 2019.</p> <p>Les protocoles et procédures relatives aux pathologies chroniques ne sont pas tous élaborés. Ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les résidents diabétiques insulino-dépendants, il existe une procédure « organisation de la surveillance des résidents sous insuline » de 2017 qui consigne seulement le respect des prescriptions dans [REDACTED], mais ne décrit pas la conduite à tenir en cas d'hypo ou d'hyperglycémie ; - Pour les résidents épileptiques, aucune procédure n'encadre leur prise en charge. Toutefois, pour ces résidents un protocole individuel de prise en charge est prescrit dans le logiciel [REDACTED] ; - Pour les résidents ayant eu un AVC ou pour ceux auxquels un AVC survient lors de leur accompagnement dans la MRG, aucun protocole de prise en charge n'est élaboré ; - Pour les résidents qui font des chutes et notamment pour ceux qui font des chutes à répétition une « conduite à tenir en cas de chutes » revue fin 2022 est disponible. <p>Il convient de noter également qu'une partie des soignants n'ont pas connaissance des protocoles et procédures disponibles au sein de la MRG. Par ailleurs, la plupart de ces documents, étant donné leur ancienneté, nécessitent une mise à jour (e.g. procédure de prise en charge de la douleur, procédure d'accompagnement des résidents en fin de vie).</p>

					Écart 53 : Certaines procédures de soins ne sont pas élaborées (i.e. prises en charge du diabète, de l'épilepsie), et d'autres ne sont plus à jour (i.e. prise en charge de la douleur, fin de vie). Plusieurs soignants n'y sont pas sensibilisés, contexte qui nuit à la prise en charge de qualité des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF ⁴⁵ .
--	--	--	--	--	--

3.7. Soins : Les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins

N°GAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8	3.7.1	Soins	<p><u>La traçabilité des soins par les professionnels de l'EHPAD</u></p> <p><u>Les pansements</u></p>	<p>Il existe un dossier informatisé du résident : ■■■■ dans lequel la traçabilité des soins et les transmissions sont faites.</p> <p>La modalité de la traçabilité des soins se réalise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les IDE en temps réel, mais la couverture WI-FI des différents étages n'est pas toujours assurée ; - Pour les AS en différée, puisqu'actuellement un seul ordinateur est disponible pour cinq aides-soignants <p>L'encadrement sort un tableau EXCEL chaque soir avant de partir pour l'équipe de nuit avec les informations importantes.</p> <p>Tous les personnels de nuit ne lisent pas ou ne peuvent pas lire les transmissions sur ■■■■.</p> <p>Il n'existe pas de procédure d'accès au logiciel pour les nouveaux arrivants.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque 63 : Le manque d'ordinateurs empêche la traçabilité des soins et la transmission d'informations en temps réel avec pour conséquence une perte possible de données utiles à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, pour une prise en charge de qualité</p> </div> <p>Analyse des pansements pris en charge entre les 10 et 16 juin 2024</p> <p>Au total, la réfection de 29 pansements a été réalisée sur la période analysée, dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 24 plaies ; - Quatre escarres ; - Un ulcère. <p>Des protocoles de pansements sont prescrits par les médecins. Ceux-ci indiquent la fréquence et la modalité de réfection des pansements. Parfois, selon le type de lésion, une prémédication est nécessaire avant la réalisation des soins.</p>

⁴⁵ Article L311-3 (3°) du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :


3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. »

N°BAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8	3.7.2	Soins	<u>Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs</u>	<p>La planification des pansements respecte les exigences des prescriptions médicales. Les pansements sont réalisés habituellement tous les deux jours, sauf en cas de prescription médicale de réfection quotidienne. Leur planification est différente selon l'étage de prise en soins.</p> <p>Pour les pansements complexes l'EHPAD Rothschild échange des informations médicales avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'hôpital Rothschild Paris 12^{ème} (envoi des photos par courriel sécurisé) ; - L'hôpital Henri Mondor Créteil/Val de Mame (télédermatologie) ; - Voir l'hôpital Saint Louis Paris 10^{ème}. <p>La traçabilité du suivi des pansements se réalise sur le logiciel [REDACTED]™. Un tableau comparatif, disponible dans ce logiciel, permet de suivre l'évolution de chaque lésion cutanée.</p> <p>L'intervention de la HAD de La Croix Saint-Simon est sollicitée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lorsque la réfection des pansements complexes dure plus de 20 minutes ; - Lorsqu'il y a un besoin d'administration d'antalgique pendant les soins de pansement qui n'est pas disponible dans l'EHPAD Rothschild. <p>Quand les soignants de la HAD réalisent les pansements au sein de la structure, un cahier de transmissions permettant la traçabilité de ces soins est mis à leur disposition.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 64 : Les personnels temporaires n'ont pas tous un code d'accès personnalisé à [REDACTED]™</p> </div> <p>2 Kinésithérapeutes libéraux interviennent à mi-temps sur l'établissement et transmettent dans le logiciel [REDACTED]™.</p> <p>Les kinésithérapeutes et l'orthophoniste ont des identifiants / mots de passe pour accéder au logiciel [REDACTED]™. Leurs transmissions se font par ce biais.</p>

3.8. Soins : Le circuit du médicament

N°MGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8	3.8.1	Soins	<u>La procédure du circuit du médicament</u>	<p>Il existe un système documentaire sur le circuit du médicament et la prise en charge médicamenteuse.</p> <p>Toutefois certaines procédures datent de 2010 (procédures relatives au « circuit du médicament » et à la « prescription »), 2017 (« Recommandations de bonnes pratiques pour l'administration des médicaments »), 2018 (« Approvisionnement et stockage des médicaments » et « reconditionnement de médicaments au sein de la PUI ») et 2019 (« Organisation et fonctionnement de la dotation en médicaments pour besoins urgents »).</p> <p>Aucune cartographie des risques relative au circuit du médicament n'a été faite récemment, ce qui est pourtant nécessaire vu le nombre de résidents, de soignants (beaucoup de remplaçants) et la taille de l'établissement réparti sur plusieurs bâtiments.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 65 : Le système documentaire de l'EHPAD relatif au circuit du médicament est ancien.</p> <p>Remarque 66 : L'EHPAD ne dispose pas d'une cartographie des risques médicamenteux.</p> </div>
3.8	3.8.2	Soins	<u>L'identitovigilance des résidents</u> <u>L'identification des médicaments jusqu'à l'administration</u>	<p>Les piluliers journaliers préparés par la PUI mentionnent les nom et prénom ainsi que la date de naissance du résident. Toutefois ceux-ci sont inscrits avec une encre qui s'efface avec l'usure : certains noms se sont avérés difficilement lisibles. De plus, le prénom est incrusté dans la date de naissance ; ce qui peut rendre les deux mentions difficilement lisibles.</p> <p>La photo du résident est présente dans son dossier mais pas sur les piluliers.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Écart 54 : L'identitovigilance n'est pas assurée dans l'établissement, notamment lors de l'étape d'administration des médicaments du fait d'une absence de mentions suffisantes sur les piluliers (absence du numéro de chambre et/ou de la photo du résident) et d'un manque de lisibilité sur certains piluliers des nom ou prénom du résident. L'identitovigilance est d'autant plus fragile que des homonymies ont été constatées lors de l'inspection et que les EI déclarés concernent surtout des erreurs d'identitovigilance. Il constitue un danger pour la santé du résident (art. L. 311-3 1° CASF)⁴⁶.</p> </div> <p>Les piluliers sont préparés par la PUI de l'EHPAD avec maintien du blister et ensachage des demi ou quarts de comprimés permettant d'identifier les médicaments jusqu'à leur administration. Toutefois il a été constaté au poste de soins MALKA 5^e étage que certains piluliers contiennent des formes orales « nues » sans identification possible de celles-ci car retirées de leurs blisters.</p>

⁴⁶ Art. 311-3 CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés :
^{1°} Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; (...) »

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				 <p>Remarque 67 : Le retrait des médicaments de leurs blisters rend non identifiables ces derniers avant leur administration et est une source potentielle d'erreur d'administration médicamenteuse.</p>
3.8	3.8.4	Soins	<u>Le stock de médicament pour besoins urgents</u>	<p>Il existe plusieurs dotations pour besoins urgents. Elles sont stockées dans les placards fermant à clés et dans des locaux dont l'accès est sécurisé notamment par code à composer sur la poignée.</p> <p>Toutefois la sécurisation est insuffisamment appliquée. Ainsi la porte d'accès au local « pharmacie » du poste RINA 1 était maintenue ouverte en permanence le jour de l'inspection par une bouteille d'oxygène arrimée. Au poste GUILA 5, l'accès au local pharmacie était également bloquée en position ouverte par une table et le codo d'accès était indiquée dans l'embrasure de la porte permettant à des personnes non qualifiées d'accéder à ce local. Enfin, l'une des portes du placard du local « pharmacie » à MALKA 1 est manquante permettant tout accès aux médicaments et à d'autres produits.</p> <p>Écart 55 : La sécurisation des dotations en besoins urgents telle que pratiquée dans l'EHPAD est non conforme à la réglementation et permet un accès aux médicaments par des personnes non autorisées, sachant que certains placards ne sont pas dédiés à leur stockage (art. 9 de l'arrêté du 31 mars 1999)⁴⁷</p> <p>Remarque 68 : La liste de dotation présente et affichée dans le poste de soins ne correspond pas toujours à la dernière version donc à la réalité du stock.</p>

⁴⁷ Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments (...) – art 9 :

« Les médicaments sont détenus dans des locaux, armoires, ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité. Dans tous les cas, ces armoires ou dispositifs de rangement ne doivent contenir que des médicaments quelles que soient les conditions particulières de leur conservation. »

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8	3.8.5	Soins	<u>Les stupéfiants</u>	<p>La gestion des médicaments stupéfiants par la PUI et le personnel soignant des postes de soins n'appelle pas de remarque particulière. Ils sont placés dans des coffres forts fermant à clé.</p> <p>Toutefois il a été constaté que, au poste de soins RINA 1, le coffre-fort était fermé mais la clé servant à l'ouvrir était elle-même placée dans un coffre ouvert à toute personne du poste de soins. De plus, le personnel fixe dont les aides-soignants ont un badge d'accès au local pharmacie et le code d'accès au coffre contenant la clé du coffre des médicaments stupéfiants.</p> <p>Par ailleurs, l'identité complète du résident, NOM et PRENOM, doit figurer sur le registre « entrée » et « sortie ».</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 56 : La sécurisation des accès aux médicaments stupéfiants n'est pas effective dans un des postes de soins, le personnel non autorisé y ayant accès, ce qui contrevient à l'article 5 de l'arrêté du 12 mars 2013⁴⁸.</p> </div>
3.8	3.8.6	Soins	<u>Les prescriptions médicales</u>	<p>Les prescriptions sont informatisées (dossier du résident) et effectuées par les médecins salariés de l'EHPAD.</p> <p>Il a été constaté que pour plusieurs résidents ayant des troubles de la déglutition, leurs prescriptions n'indiquent pas qu'un écrasement des traitements est nécessaire ; cette mention doit figurer sur les prescriptions et le médecin, en lien avec le pharmacien, doit vérifier que les formes prescrites sont bien écrasables (exemple des formes galéniques LP).</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 57 : La sécurité des résidents présentant des troubles de la déglutition n'est pas assurée, en l'absence de mention sur la prescription indiquant que les traitements doivent être écrasés, sous réserve de la vérification préalable que les formes prescrites sont bien écrasables, ce qui contrevient à l'article L. 311-3 1° CASF.</p> </div> <p><u>Analyse des prescriptions médicamenteuses :</u></p> <p>L'analyse des prescriptions médicamenteuses vise à vérifier d'une part la traçabilité dans le dossier médical de ses composantes (i.e. nom du prescripteur, date de prescription, dénomination, DCI, posologie, voie d'administration, durée de prescription), et d'autre part le pourcentage de résidents recevant des benzodiazépines, un traitement neuroleptique ou antalgique. Deux fichiers de données ont été utilisés lors de cette analyse :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le fichier d'analyse d'un échantillon de 120 dossiers médicaux

⁴⁸ Arrêté du 12 mars 2013 relatifs aux (...) médicaments classés comme stupéfiants (...) – art. 5 : « Les substances, préparations et médicaments classés comme stupéfiants sont détenus séparément dans une armoire ou un compartiment spécial banalisé réservé à cet usage et lui-même fermé à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité, dans les locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité, réservés au stockage des médicaments. (...) »

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																												
				<p>L'analyse de 120 dossiers médicaux retrouve que les prescriptions médicamenteuses comportent toutes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le nom du prescripteur ; - La date de prescription ; - La dénomination (DCI) du médicament ; - La posologie ; - La voie d'administration ; - La durée du traitement. <p>Par ailleurs, parmi les 120 résidents analysés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 72 avaient une prescription de psychotrope (60,0%) ; - 48 avaient une prescription de benzodiazépine (40,0%) ; - 96 avaient une prescription d'antalgique (80,0%) : <ul style="list-style-type: none"> o 73 de niveau un ; o 13 de niveau deux ; o 10 de niveau trois. <p>2 Le fichier d'extraction des données (486 résidents)</p> <p>Une analyse des prescriptions médicales médicamenteuses de neuroleptiques et d'hypnotiques / anxiolytiques (i.e. benzodiazépines) a été réalisée pour tous les résidents de l'EHPAD Rothschild soit 486 personnes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 96 résidents ont une prescription de neuroleptique (19,8%), dont 63 résidents ont une prescription diurne (13,0%). La répartition de ces prescriptions de neuroleptique par pôle de prise en soins est dressée dans le Tableau 22 ; 2) Deux cent cinquante-quatre résidents ont une prescription d'hypnotique / anxiolytique (52,3%), dont cent 62 ont une prescription diurne (33,3%). La répartition des prescriptions d'hypnotique / anxiolytique par pôle de prise en soins est illustrée dans le Tableau 22. <p>Tableau 22. Répartition des prescriptions de neuroleptiques et hypnotiques selon le pôle de prise en soins, fichier de 486 résidents</p> <table border="1" data-bbox="667 1069 1780 1292"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Type de médicament</th> <th colspan="2">Malka</th> <th colspan="2">Guila</th> <th colspan="2">Rina</th> <th colspan="2">Ditza</th> </tr> <tr> <th>Effectif</th> <th>%</th> <th>Effectif</th> <th>%</th> <th>Effectif</th> <th>%</th> <th>Effectif</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Neuroleptique</td> <td>24</td> <td>13,2</td> <td>29</td> <td>18,9</td> <td>18</td> <td>20,0</td> <td>25</td> <td>41,0</td> </tr> <tr> <td>Hypnotique / anxiolytique</td> <td>91</td> <td>50,0</td> <td>81</td> <td>52,9</td> <td>30</td> <td>33,3</td> <td>52</td> <td>85,2</td> </tr> <tr> <td>Nbre total de résidents</td> <td colspan="2">182</td> <td colspan="2">153</td> <td colspan="2">90</td> <td colspan="2">61</td> </tr> </tbody> </table>	Type de médicament	Malka		Guila		Rina		Ditza		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Neuroleptique	24	13,2	29	18,9	18	20,0	25	41,0	Hypnotique / anxiolytique	91	50,0	81	52,9	30	33,3	52	85,2	Nbre total de résidents	182		153		90		61	
Type de médicament	Malka		Guila			Rina		Ditza																																								
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%																																								
Neuroleptique	24	13,2	29	18,9	18	20,0	25	41,0																																								
Hypnotique / anxiolytique	91	50,0	81	52,9	30	33,3	52	85,2																																								
Nbre total de résidents	182		153		90		61																																									

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Il convient de remarquer que l'administration de neuroleptiques est deux fois plus fréquente chez les résidents accompagnés sur le pôle Ditzza que sur les autres pôles de soins.</p> <p>Cette pratique de prescription peut être mise en rapport avec la population accompagnée sur ce pôle qui correspond à l'unité de vie protégée de l'EHPAD Rothschild.</p> <p>Les recommandations HAS⁴⁹ de la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs chez les malades Alzheimer ou ayant un trouble cognitif apparenté prévoient cependant de ne prescrire un neuroleptique qu'en cas de trouble psychotique sévère et non contrôlable autrement, et après l'échec des autres mesures non médicamenteuses.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 69 : La proportion de résidents du pôle Ditzza avec prescription de neuroleptiques est élevée (41% des résidents y séjournant). Les résidents de ce pôle qui accueille l'unité de vie protégée peuvent présenter des troubles du comportement perturbateurs. Cependant les recommandations actuelles ne prévoient la prescription de neuroleptiques pour traiter des troubles du comportement perturbateurs chez les malades Alzheimer qu'après l'échec des autres mesures de prise en charge (i.e. techniques de soins, interventions non médicamenteuses). Ref : Recommandations de bonne pratique, HAS, Mai 2009 : « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs »</p> </div> <p>La prescription d'hypnotiques / anxiolytiques (e.g. [REDACTED]) chez les résidents de l'EHPAD se caractérise notamment par une administration diurne de ces produits. Ces prescriptions sont faites au long cours (e.g. 28 jours renouvelables, 360 jours), alors que le rapport bénéfice / risque de ce type de prescription est défavorable selon les recommandations de bonnes pratiques de la HAS. Ainsi, au-delà de quelques semaines de traitement, les risques de leurs effets délétères augmentent : somnolence, chutes, troubles de la mémoire.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 70 : La prescription d'hypnotiques / anxiolytiques de type benzodiazépine est non seulement fréquente (52,3 % des résidents) mais également au long cours, contexte qui ne respecte pas les recommandations de la HAS⁵⁰ relatives aux bonnes pratiques de leur prescription.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Écart 58 : Les prescriptions médicamenteuses en matière de neuroleptiques, d'hypnotiques et anxiolytiques ne sont pas limitées à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins, ce qui contrevient à l'article R 4127-8 du CSP et à l'article 8 du code de déontologie médicale.</p> </div>

⁴⁹ Recommandations de bonne pratique, HAS, Mai 2009 : « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs »

⁵⁰ HAS (2015) Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire « L'objectif est de réduire les prescriptions au long cours de benzodiazépines (BZD) et médicaments apparentés dans l'anxiété et l'insomnie, du fait d'un rapport bénéfice/risque défavorable. Malgré une durée de prescription limitée dans le temps, il est observé une consommation pouvant s'étendre sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Or, au-delà de quelques semaines, les risques d'effets délétères augmentent : somnolence diurne, chutes, accidents, troubles de la mémoire, etc., ainsi que celui de dépendance. »

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8	3.8.10	Soins	<u>Médicaments : préparation des piluliers</u>	<p>Les piluliers sont préparés par la PUI de l'EHPAD pour une semaine après analyse pharmaceutique des prescriptions. Chaque pilulier journalier est organisé par prise, les médicaments étant placés sans déconditionnement dans chaque case avec le blister ou le sachet pour les formes solides découpées permettant de les identifier avec mention également du n° de lot et de la date de péremption. Les blisters sont surétiquetés par la PUI lorsque cela est nécessaire, afin d'avoir une identification complète en doses unitaires.</p> <p>Les pharmaciens contrôlent 10% des piluliers préparés par les préparateurs en pharmacie.</p> <p>Remarque 71 : Les sachets portent la mention d'une date de péremption de 6 mois après leur préparation sans que ce délai soit justifié et documenté par l'établissement.</p>
3.8	3.8.11	Soins	<u>La préparation des médicaments (hors piluliers)</u>	<p>Les médicaments hors piluliers sont également préparés par la PUI après analyse pharmaceutique de la prescription.</p> <p>Ce point n'appelle pas de remarque particulière.</p>
3.8	3.8.12	Soins	<u>Les locaux et les conditions de préparation des médicaments au sein de l'EHPAD</u>	<p>La préparation des doses à administrer (PDA) est réalisée dans des conditions satisfaisantes en termes de locaux et équipements. Toutefois la présence d'un pharmacien (9h-18h) n'est pas systématique durant les horaires d'ouverture de la PUI (8h-18h).</p> <p>Par ailleurs, il a été constaté que, dans la zone de stockage des solutés massifs, les murs présentent des traces d'humidité, le sol est en mauvais état et les tuyaux courant au plafond sont recouverts de crépis fortement accumulateurs de poussières.</p> <p>Écart 59 : L'établissement n'a pas mis en place l'organisation permettant d'assurer une présence pharmaceutique pendant les horaires d'ouverture de la PUI sachant que le temps de travail des 2 pharmaciens (1.7 ETP) apparaît insuffisant au regard du volume d'activité de la PUI (analyse pharmaceutique et gestion de la PDA pour 550 lits (EHPAD et SSR), contrôle des dotations, conciliation médicamenteuse, assurance qualité, etc.) ; ce qui ne respecte pas la réglementation (art. R. 5126-8 du CSP⁵¹ et R. 5126-16 du CSP⁵²).</p>

⁵¹ Art. R. 5126-8 CSP : « La pharmacie à usage intérieur dispose de locaux, de moyens en personnel, de moyens en équipement et d'un système d'information lui permettant d'assurer les missions prévues aux articles L. 5126-1, L. 5126-5 à L. 5126-8 et L. 5126-10 ainsi que les activités prévues à l'article R. 5126-9 qu'elle est autorisée à assurer en application des dispositions du présent chapitre. »

⁵² Art. R. 5126-16 CSP : « La pharmacie à usage intérieur ne peut fonctionner sur chacun de ses sites d'implantation qu'en présence du pharmacien chargé de la gérance ou de son remplaçant ou d'un pharmacien adjoint mentionné à l'article R. 5125-34 exerçant dans cette pharmacie. »

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				Écart 60 : La zone de stockage des solutés massifs de la PUI n'est pas conforme à la réglementation en vigueur (art. R. 5126-8 du CSP et Bonnes Pratiques de Pharmacie Hospitalière ou BPPH 3.2 et 3.3 ⁵³).
3.8	3.8.13	Soins	<u>Le stockage des médicaments (stock individuel, chariot médicaments)</u>	<p>Il existe des chariots de soins dans chaque poste de soins. Parmi ceux contrôlés, il ressort que certains ne sont pas correctement sécurisés (par ex : code inopérant pour le chariot du poste GUILA 3), sont vétustes et sales (par ex : GUILA 3) et possèdent pour l'un (GUILA 3) un ordinateur non fonctionnel (cassé). Si certains réfrigérateurs contenant les médicaments thermosensibles n'appellent pas de remarque particulière en terme de conditions de stockage ou de suivi tracé de la température, il n'en est pas de même pour d'autres : certains sont sales (GUILA 3), ne sont pas dédiés aux médicaments (RINA 1 avec présence de jus de fruits, GUILA 3 avec des bouteilles d'eau), contiennent des médicaments qui ne devraient pas s'y trouver (ex : suppositoires au poste MALKA 1) et n'ont pas un suivi régulier de leur température (MALKA 1 et 5).</p> <p>Écart 61 : Le stockage des médicaments thermosensibles est non-conforme dans certains postes de soins avec un suivi des températures non maîtrisé et des risques d'utilisation de médicaments dégradés et de perte de chance pour le résident. Les réfrigérateurs sont vétustes et non conformes pour un usage pharmaceutique. Les moyens de contrôles des températures sont inexistantes et/ou inadaptés (articles R 4312-38 et R. 4312-37 du CSP)</p> <p>Écart 62 : L'état d'un certain nombre de chariots de distribution n'est pas satisfaisant. Plusieurs chariots sont en mauvais état et non sécurisés. Les risques de perte ou de vol de médicaments entraînant une prise en charge dégradée des résidents (ex : perte de chance ou retard de la prise lors de l'administration des médicaments) associés à un manque d'hygiène des chariots ne permet pas d'assurer la qualité de l'accompagnement des résidents telle que prévue par les dispositions de l'article L311-3 CASF.</p>
3.8	3.8.14	Soins	<u>Les dates de péremption des médicaments</u>	<p>Le suivi des dates de péremption des médicaments des dotations pour besoins urgents est assuré par la PUI et n'appelle pas de remarque particulière. Certains flacons multi-doses détenus dans les chariots de soins n'ont ni date d'ouverture, ni date de péremption après ouverture mentionnés dessus (ex : MALKA 5 et GUILA 3). Par ailleurs, il a été constaté que les soignants ne connaissent pas la durée de péremption des produits ouverts et conservent les produits entamés jusqu'à ce qu'ils soient vides (ex : Haldol ouvert en mars 2024 avec une date de péremption à 1 mois après ouverture).</p> <p>Il existe pourtant une liste établie par la PUI de médicaments sous forme liquide indiquant une date limite d'utilisation. Cette liste a été établie en 2017 et remise à jour en 2024, c'est pourtant l'ancienne version qui est affichée dans les postes de soins :</p>

⁵³ BPPH 3.2 :

« L'isolation, l'éclairage, la température, l'hygrométrie et la ventilation des locaux sont appropriés afin d'assurer une bonne conservation et la protection des médicaments, des dispositifs médicaux stériles et des autres produits détenus, ainsi que de bonnes conditions de travail du personnel.

Les sols, murs, plafonds et autres surfaces apparentes sont conçus pour permettre un nettoyage et, le cas échéant, une désinfection aisée. Les locaux ne permettent pas l'entrée d'insectes, ni d'animaux. Les locaux disposent des aménagements et installations adaptés à l'hygiène, à la protection et à la sécurité du personnel compte tenu de la nature des produits détenus et manipulés. (...) »

N°BAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Écart 63 : Les dates d'ouverture et de date limite d'utilisation après ouverture doivent être systématiquement mentionnées sur les flacons de solutions buvables multi-doses et les collyres. L'administration de médicaments périmés car ouverts depuis trop longtemps ne permet pas d'assurer la sécurité des prises en charge et contrevient à l'article L 311-3 1° CASF.</p> <p>Remarque 72 : La liste de médicaments sous forme liquide indiquant une date limite d'utilisation et établie par la PUI n'est pas connue des soignants, ni affichée de façon visible au sein des postes de soins dans sa dernière version de 2024.</p>
3.8	3.8.15	Soins	<u>La liste des médicaments écrasables</u>	<p>Une liste de médicaments à ne pas écraser n'est pas élaborée.</p> <p>Un dispositif d'écrasement des comprimés existe dans chaque poste de soins avec un « PELICAN » et des sachets pour placer les comprimés à écraser. Toutefois le PELICAN est empoussiéré (constat à MALKA 1 et GUILA 3).</p> <p>Il n'est pas possible de distinguer les résidents pour lesquels un broyage est nécessaire puisqu'il n'y a pas d'indications sur les prescriptions (cf. écart N°57).</p> <p>Écart 64 : Il n'y a pas de liste de médicaments à ne pas écraser ni de protocole/mode opératoire spécifique sur le broyage des médicaments définissant les responsabilités de chaque partie (IDE, AS et médecins). Le système d'écrasement ne fait pas l'objet d'un nettoyage régulier et la méthode semble différer selon les IDE avec des délégations non formalisées aux AS. En ne respectant pas les recommandations d'écrasement des médicaments, la sécurité de la prise en soins des résidents n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 1° du CASF.</p>
3.8	3.8.16	Soins	<u>La délégation de l'IDE de l'administration des médicaments</u>	<p>Les aides-soignants sont amenés à réaliser l'administration de certains médicaments, notamment la nuit, où le nombre d'IDE est réduit par bâtiment. Ainsi, au bâtiment RINA, il n'y a la nuit que 2 AS pour 88 résidents. Toutefois il n'est prévu aucune délégation écrite des IDE aux AS pour assurer l'administration des médicaments.</p> <p>Écart 65 : La délégation de tâches notamment d'administration de certains médicaments par les IDE aux AS n'est pas formalisée au travers de procédures ou autres documents écrits permettant notamment de préciser les catégories de médicaments pour lesquelles la délégation est donnée. Il n'y a pas de formation tracée des AS habilitée à administrer certains médicaments (art. L. 313-26 du CASF et R. 4311-4 du CSP⁶⁴).</p>

⁶⁴ Art. 313-26 CASF :

« Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.

L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.

N°CAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8	3.8.17	Soins	<u>Traçabilité de l'administration des médicaments ou des motifs de non administration</u>	<p>La traçabilité de l'administration est réalisée sur support informatique.</p> <p>Toutefois cette traçabilité n'est pas faite en temps réel dans la mesure où la connexion wifi au sein de l'établissement est insuffisante, les postes informatiques des chariots de soins sont pour certains défectueux et il n'existe pas de support papier en cas de dysfonctionnement du support informatique.</p> <p>Écart 66 : La traçabilité de l'administration est réalisée à distance de la prise sur le logiciel [REDACTED]™. Cette procédure peut être source de défaut de traçabilité précise. Elle est de plus incomplète et n'est pas satisfaisante car seule l'action de l'administration des médicaments est à cocher sans spécificité sur les difficultés rencontrées et sans possibilité de différencier quel médicament a été pris ou non pris.</p> <p>Écart 67 : L'équipement informatique pouvant être défectueux, les prescriptions ne sont pas consultées avant dispensation des médicaments aux résidents. Cela peut être source d'erreurs médicamenteuses graves ; la sécurité des résidents n'est pas assurée lors de la dispensation des médicaments au sens de l'article L 311-3 1° CASF.</p>

Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.

Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise. »

Art. 4311-4 CSP :

« Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'accompagnants éducatifs et sociaux qu'il encadre et dans les limites respectives de la qualification reconnue à chacun du fait de sa formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.

L'infirmier ou l'infirmière peut également confier à l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne, définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome ou par un aidant. »

4. Relations avec l'extérieur

4.1. Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
4.2	4.1.1	Coordination avec les autres secteurs	<u>Convention avec un établissement de santé</u>	<p><u>L'accès aux urgences :</u></p> <p>La convention entre la Fondation Rothschild et l'hôpital Diaconesses La Croix Saint-Simon (HDCSS, Paris 12^{ème}, Paris 20^{ème}), signée le 2 octobre 2019, stipule :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'une part que l'EHPAD Rothschild bénéficiera d'un accès privilégié aux services de soins de l'HDCSS, dont : <ul style="list-style-type: none"> o Aux urgences ; o Au service de médecine ; o Aux services de chirurgie ; - D'autre part que l'HDCSS disposera de la possibilité d'adresser ses patients au SMR de la Fondation Rothschild. <p>Il ressort des entretiens menés que l'adressage des résidents aux urgences se fait notamment à l'hôpital Saint-Antoine (Paris 12^{ème}). La convention relative à la filière gériatrique du territoire de santé 75-2 « Rive droite », aurait dû relier l'AP-HP pour les établissements de la filière (i.e. hôpital Rothschild / établissement support de la filière, hôpital Saint-Antoine, hôpital Tenon) aux établissements partenaires (i.e. HDCSS, Fondation de Rothschild). Bien qu'élaborée, cette convention n'est pas datée et elle est signée seulement par le directeur de la Fondation.</p> <p><u>L'accès à la gériatrie aigue, au service de médecine et de chirurgie :</u></p> <p>Un partenariat non formalisé entre l'hôpital Saint-Antoine et l'EHPAD Rothschild donne accès aux résidents aux services de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gériatrie aigue ; - Médecine interne ; - Chirurgie. <p>Pour la prise en charge des résidents en gériatrie aigue, ceux-ci peuvent être transférés également à l'hôpital Rothschild (Paris 12^{ème}).</p> <p><u>L'accès à la psychiatrie :</u></p> <p>Pour la prise en charge psychiatrique, l'EHPAD Rothschild travaille avec le CMP Saint Eloi/hôpitaux de Saint-Maurice (Paris 12^{ème}) qui est le CMP du secteur.</p>
4.2	4.1.2	Coordination avec les autres secteurs	<u>Convention avec des intervenants libéraux</u>	<p>Voir partie 2.1.5.</p> <p><u>L'accès à un dentiste :</u></p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Une consultation dentaire est assurée une demi-journée par semaine au sein de l'EHPAD Rothschild. Un espace comportant un fauteuil dentaire, ainsi que la possibilité de stérilisation des instruments dentaires, permettant la prise en charge en stomatologie des résidents. La convention qui relie le dentiste libéral de l'EHPAD a été signée par les deux parties prenantes le [REDACTED].</p> <p><u>L'accès aux médecins spécialistes :</u></p> <p>Un cardiologue prend en charge les résidents une fois par mois. L'EHPAD dispose d'un électrocardiographe et un échographe cardiaque.</p> <p>Un psychiatre prend en charge les résidents une demi-journée par semaine.</p> <p><u>L'accès aux professionnels de rééducation :</u></p> <p>Deux conventions, signées le [REDACTED], relient deux kinésithérapeutes libéraux à l'EHPAD Rothschild. Ces deux conventions, échues depuis le 30 juin 2021, auraient dû être renouvelées au moyen d'un avenant au contrat. Les deux avenants aux contrats n'ont pas été communiqués à la mission d'inspection.</p> <p>Une convention, signée le [REDACTED] 2021, relie un orthophoniste libéral à l'EHPAD Rothschild. Cette convention, établie pour une durée d'un an, était renouvelable par accord express des deux parties à l'échéance. L'accord des deux parties impliquées dans ce contrat à son renouvellement n'a pas été communiqué à la mission d'inspection.</p>
4.2	4.1.3	Coordination avec les autres secteurs	Convention avec l'hospitalisation à domicile (HAD)	<p>Une convention, signée le 1^{er} juin 2008 par les deux parties prenantes, relie la HAD de la Croix Saint-Simon (Paris 20^{ème}) à l'EHPAD Rothschild. L'intervention de la HAD est assurée seulement pour des actes techniques qui ne peuvent pas être prodigués par les soignants de l'EHPAD, et qui, en l'absence de l'intervention de la HAD, conduiront à l'hospitalisation du résident. En pratique, l'intervention de la HAD se fait notamment pour la réfection des pansements complexes.</p> <p>L'unité cognitivo-comportementale (UCC) de l'hôpital Rothschild accueille en cas de besoin les résidents de l'EHPAD.</p>
4.2	4.1.4	Coordination avec les autres secteurs	Convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs	<p>Lorsqu'un résident relève d'une prise en charge palliative, les soignants de l'EHPAD Rothschild collaborent principalement avec l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital La Croix Saint-Simon. Ce partenariat n'a pas été encore formalisé.</p> <p>Dans certaines situations les soignants de l'EHPAD font en outre appel à l'équipe mobile gériatrique de l'hôpital Rothschild.</p> <p>Par ailleurs, l'EHPAD Rothschild peut solliciter également l'intervention de deux réseaux auprès de ses résidents relevant d'une prise en charge palliative :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le réseau M2A/DAC Paris HumanEst (Paris 12^{ème}) ; - Le réseau ROPE « Réseau Oncologie et Soins Palliatifs Paris Est » (Paris 11^{ème}). <p>Le réseau M2A/DAC Paris HumanEst regroupe des professionnels ayant une expertise en cancérologie, gériatrie et soins palliatifs. Son partenariat non formalisé avec l'EHPAD Rothschild permet l'intervention de ses professionnels auprès des résidents en soins palliatifs / fin de vie.</p> <p>Le réseau ROPE, comme son nom l'indique, réunit des professionnels ayant une expertise en oncologie et soins palliatifs. Une convention reliait le réseau ROPE à l'EHPAD Rothschild. Signée le 31 mars 2017, cette convention était conclue pour une durée de trois ans. A l'issue de cette période, une réévaluation aurait permis son renouvellement, car celle-ci n'était pas reconductible.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
4.2	4.1.5	Coordination avec les autres secteurs	Autres conventions	<p><u>L'accès à une équipe mobile gériatrique ou de géro-psycho-geriatrie :</u> L'EMG de l'hôpital Rothschild intervient en cas de besoin.</p> <p>Une EM de géro-psycho-geriatrie n'est pas encore identifiée, pour assurer la prise en charge des résidents en cas de besoin. Les résidents sont envoyés en consultation au CMP Saint Eloi (Paris 12^{ème}), qui prend la décision d'orientation de ces résidents selon le cas.</p> <p><u>L'accès à un laboratoire d'analyses médicales :</u> Une convention, signée le [REDACTED], relie le laboratoire de l'HDCSS (Paris 12^{ème} et Paris 20^{ème} respectivement) de l'EHPAD.</p> <p><u>L'accès à une prise en charge en imagerie</u> Le partenariat non formalisé avec [REDACTED] permet la prise en charge des résidents en imagerie (i.e. radiographies, échographies)</p> <p>L'établissement a signé d'autres conventions avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le cabinet d'avocat [REDACTED] datant du [REDACTED] pour des missions d'assistance, de conseils. Le cabinet est également chargé de défendre et de représenter les intérêts de l'établissement en matière de droit du travail et protection sociale. - La caisse de retraite [REDACTED] pour la subvention de travaux de gros œuvre de 25 000€ contre « la jouissance d'un droit de placement prioritaire ». Cette convention a une durée de 15 ans à compter du 25/10/2018. Elle n'est pas connue des personnes interrogées. - L'Agence Régionale de Santé Île-de-France et la Ville de Paris pour l'accueil de 10 patients dans le cadre du dispositif HTSH à partir du 1^{er} mai 2023 jusqu'au 30 avril 2025. - Le groupement de Coopération Sanitaire [REDACTED] dans la prise en charge d'examen de biologie médicale. Cette convention a été signée le [REDACTED] pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction. - Le centre de radiologie et d'échographie [REDACTED] pour des actes de radiologies réalisés au sein de l'EHPAD signée le [REDACTED], une durée d'un an reconductible par tacite reconduction. La convention n'a pas été paraphée, ni signée par le directeur de l'EHPAD <p>Remarque 73 : La convention avec le centre de radiologie et d'échographie n'a pas été signée par le Directeur de l'établissement.</p> <ul style="list-style-type: none"> - [REDACTED] pour l'exploitation d'un espace de 300m² pour l'exploitation d'une cafétéria-restauration et d'un local de 9m² en tant que laboratoire de préparation de culinaire. Ce contrat a été signé le [REDACTED] pour une durée de 5 ans puis renouvelé d'année en année. - L'Equipe Mobile Gériatriques Externe (EMGE) Est rattaché à l'Hôpital Rothschild dans le cadre de la prolongation de la convention au titre de l'expérimentation du déploiement des EMGE. Les missions définies sont les suivantes : la réalisation d'avis gériatriques, de formations, d'actions de régulation et d'animation. La convention initiale du 20 juin 2008 est prolongée d'un an à compter du 1^{er} janvier 2016 jusqu'au 31 décembre 2016. <p>Remarque 74 : La convention avec l'EMGE n'est pas actualisée.</p> <p>Le projet d'établissement mentionne une convention signée entre des associations de bénévoles. Les entretiens menés évoquent le recours à l'association « [REDACTED] » pour des balades en triporteur. Ces deux conventions n'ont pas été transmises.</p>

5. Récapitulatif des écarts et des remarques

5.1. Écarts

Écart 1 :	L'absence d'information auprès des autorités de tutelle des périodes de fermeture en 2022 et 2023 et de la réouverture du PASA contrevient aux dispositions de l'article L 313-1 du CASF.	13
Écart 2 :	Le règlement de fonctionnement n'a pas été révisé au bout des 5 ans tels que prévu dans les conditions de sa révision et par l'art R311-33 du CASF. En outre, son contenu ne reprend pas l'ensemble des points prévus par la réglementation, en particulier les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles, et il ne rappelle pas que les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires, ce qui contrevient aux articles R311-35 et 37 du CASF.	23
Écart 3 :	Le plan bleu transmis est incomplet et ne prend pas en compte d'autres risques que la canicule et le grand froid, ce qui contrevient à l'article R311-38-1 du CASF et à l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	24
Écart 4 :	Les MedCo ne disposent pas d'un contrat de travail mentionnant notamment les modalités d'exercice de leurs missions et les moyens appropriés à leur réalisation, la quotité de travail allouée à leur fonction de coordination, et celle relative à leur fonction de médecin traitant des résidents dont ils ont la charge, ce qui contrevient aux dispositions des articles D312-159-1 du CASF et L314-12 du CASF.	34
Écart 5 :	Aucun compte-rendu du CVS n'a été transmis pour l'année 2024, la mission inspection ne peut s'assurer que le CVS se réunit régulièrement, ce qui contrevient à l'article D.311-16 du CASF.	35
Écart 6 :	La composition du CVS n'est pas conforme, la décision instituant le Conseil de Vie Sociale, les désignations des membres et tous les PV des élections n'ont pas été transmis ce qui contrevient aux articles D.311-4, D.311-5, D.311-13 & D.311-14 du CASF.	36
Écart 7 :	Le règlement intérieur n'a pas été transmis et n'a pas été adopté lors de la première réunion du CVS après les élections ce qui contrevient à l'article D.311-19 du CASF.	36
Écart 8 :	Le fonctionnement du CVS ne respecte pas la désignation officielle des membres, le quorum, l'expression des avis, la désignation du secrétaire de séance, le rôle du président et sa signature du PV de séance, la durée des mandats et les règles de convocation, ce qui contrevient aux articles D.311-5, D.311-8, D.311-9, D.311-16, D.311-17 & D.311-20 du CASF.	37
Écart 9 :	Les événements indésirables et les dysfonctionnements ne sont pas systématiquement présentés au CVS ce qui contrevient à l'article R.331-10 du CASF.	39
Écart 10 :	Un dysfonctionnement considéré comme grave par l'EHPAD n'a pas fait l'objet d'une déclaration aux autorités de contrôle et de tarification, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.	48
Écart 11 :	Bien qu'une prescription de kinésithérapie soit réalisée pour les résidents qui font des chutes à répétition, lors de leur prise en charge en kinésithérapie, la traçabilité du bilan initial et notamment des tests évaluant les capacités motrices des résidents (i.e. test de Tinetti, TMM) n'est pas systématique, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R4321-2 du CSP.	51

Écart 12 :	En ne garantissant pas un travail pluridisciplinaire d'analyse et de prévention autour du risque de chute du résident, l'établissement contrevient aux articles L.311-3 et D312-155-0,1,2° du CASF.	51
Écart 13 :	Certains dysfonctionnements survenus dans l'EHPAD n'ont pas été déclarés aux autorités de contrôle et de tarification ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.	53
Écart 14 :	Les ETP en CDI d'IDE et d'AS/AES/AMP ne permettent pas de faire face à la charge d'activité normale en soins et en dépendance de l'établissement. Le recours de manière structurelle aux contractuels n'apporte pas de garantie suffisante quant à la qualité de la prise en charge et la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L 311-3 du CASF ainsi qu'au respect des critères d'encadrement définis dans le CPOM en cours de négociation.	55
Écart 15 :	Le niveau d'absentéisme et le taux de vacance au sein de l'EHPAD entraînent des répercussions sur l'accompagnement des résidents, ce qui contrevient à l'article à l'article L 311-3 3° du CASF.	59
Écart 16 :	L'établissement ne procède pas à la vérification de l'inscription à l'ordre des professionnels relevant d'une compétence ordinaire, ce qui ne lui permet pas de s'assurer de l'exercice légal de ces professionnels, et contrevient à l'article L 4311-15 du CSP pour les IDE, à l'article L4111-1 pour les médecins et à l'article L4321-10 pour les kinésithérapeutes.	60
Écart 17 :	Les conventions transmises relatives aux interventions de professionnels de santé libéraux ne sont pas valides, soit en raison du défaut de signature, soit par défaut d'accord express du renouvellement de la convention, soit par défaut d'avenant pour le renouvellement de la convention. En ce sens, le défaut de contrat valide portant sur les conditions d'exercice des professionnels libéraux contrevient à l'article L 314-12 du CASF. De surcroît, les conventions ne prévoient pas les modalités de formation du professionnel libéral, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R313-30-1 du CASF.	61
Écart 18 :	Les conventions avec les masseurs-kinésithérapeutes ne mentionnent pas l'obligation faite aux kinésithérapeutes d'établir un bilan kinésithérapique, ce qui contrevient à l'article R 4321-2 du code de la santé publique.	61
Écart 19 :	L'étude des plannings démontre des périodes régulières de sureffectif et de sous-effectif par rapport à l'organisation cible, et ce quels que soient les pôles. Ces problèmes de répartition du personnel induisent une hétérogénéité dans la qualité des prises en charge, ce qui contrevient à l'article L 311-3 du CASF.	68
Écart 20 :	La mission ne peut attester des qualifications d'AS de 18 agents affectés à des postes d'AS de nuit (dont 16 diplômes de CDD non transmis) ce qui est susceptible de contrevenir aux dispositions de l'article L.4391-1 du CSP.	68
Écart 21 :	Les délégations de tâches des IDE aux AS ne font pas l'objet d'un document écrit et la délégation d'administration par les IDE et en leur présence des médicaments aux AES chargés de l'aide aux actes de la vie courante n'est pas formalisée, ce qui ne répond pas aux dispositions des articles L 313-26 du CASF et R 4311-3 et 4 du CSP (Cf écart au chapitre 3.8.16)	70
Écart 22 :	Le RAMA 2022 n'est pas signé par les trois médecins coordonnateurs et par le directeur de la structure, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-158 (10°) du CASF.	72
Écart 23 :	Le contrat de séjour signé est absent de 45% des dossiers consultés, ce qui ne permet pas de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L 311-3 du CASF et contrevient à l'article L311-4 du CASF.	73
Écart 24 :	Certains dossiers médicaux sont conservés avec le dossier administratif, ce qui n'est pas conforme à la protection des informations nominatives à caractère médical qu'ils contiennent et contrevient aux articles L.311-3 4° du CASF, aux articles R4127-73 et L.1110-4 du CSP et à l'article 226-13 du Code pénal.	73

Écart 25 :	<i>Le stockage des dossiers médicaux papier dans une armoire qui n'est pas fermée à clé contrevient aux dispositions des articles L.311-3 (4°) du CASF et R.4127-45 du CSP.</i>	75
Écart 26 :	Les données des dossiers de soins infirmiers, dont les formats papier trainent sur un plan de travail ou dont les formats dématérialisés sont disponibles sur des postes informatiques sans surveillance, ne sont pas protégées d'éventuelles indiscretions, ce qui contrevient à l'article R4312-35 du CSP.	75
Écart 27 :	Les mesures de bio-nettoyage dans l'établissement ne pas suffisantes pour garantir la dignité et la sécurité des résidents et les conditions de travail des soignants, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 du CASF.	78
Écart 28 :	Les locaux DASRI, techniques et postes de soin ne sont pas fermés à clés ce qui ne garantit pas la sécurité des résidents les plus vulnérables et contrevient à l'article L 311-3 du CASF.	78
Écart 29 :	La présence de pigeons en nombre dans l'établissement ainsi que la présence de souris et cafards crée un risque sanitaire important pour les personnes vulnérables que sont les résidents en EHPAD et va à l'encontre du droit fondamental à la « protection de la santé qui doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles », de même que la « meilleure sécurité sanitaire possible » dans un ESMS. (L1110-1 CSP)	79
Écart 30 :	L'absence d'identification de l'établissement et des services sur les cartons DASRI, l'entreposage de DASRI dans les locaux autres que ceux dédiés à cet usage contreviennent aux articles R1335-6 et 7 du CSP.	81
Écart 31 :	Le dispositif d'appels-malades présente plusieurs dysfonctionnements majeurs, des défaillances nombreuses avec des délais de travaux de réparation non satisfaisants ; des délais d'intervention des personnels souvent prolongés, un suivi des délais de réponse non optimal. Ces dysfonctionnements ne permettent pas de garantir une intervention rapide du personnel en cas d'urgence et compromettent la sécurité du résident, ce qui contrevient aux articles L 311-3 1° et D 312-155-0, 1 2° du CASF.	86
Écart 32 :	Lors de la réalisation d'un bilan gériatrique à l'admission d'un résident provenant de son domicile, la traçabilité de la recherche d'un trouble de la déglutition le concernant n'est que rarement consignée dans son dossier médical et est donc réputée non réalisée, contexte qui nuit à la sécurité et à la qualité de sa prise en charge, et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF.	91
Écart 33 :	Un bilan gériatrique n'est pas systématiquement réalisé après l'admission des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-158 (6) du CASF.	94
Écart 34 :	La participation directe de la personne prise en charge à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne n'est pas mise en œuvre, ce qui contrevient à l'article L311-3 7° CASF	94
Écart 35 :	Un PAP n'est pas élaboré pour chaque résident admis au sein de l'EHPAD Rothschild, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 1 (3°) du CASF.	96
Écart 36 :	Au total, les principaux éléments de l'observation médicale à l'admission d'un résident sont consignés dans son dossier médical hormis pour l'examen clinique à l'admission qui n'a été retrouvé que dans 40/53 = 75,5% dossiers. Aussi la mission ne peut affirmer que l'examen clinique est systématiquement réalisé à l'admission d'un résident. L'absence de traçabilité de l'examen clinique d'admission dans 25% des dossiers indique, soit que cet examen n'a pas été systématiquement réalisé, soit qu'il n'a pas été systématiquement tracé ce qui nuit à la qualité et à la sécurité de sa prise en charge et de la santé des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF.	98
Écart 37 :	Les synthèses médicales annuelles ne sont que rarement effectives, contexte qui nuit à la qualité de la prise en charge des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF.	98

Écart 38 :	La charte des Droits et des Libertés n'est pas affichée dans l'établissement, ce qui contrevient à l'article L311-4 du CASF.	102
Écart 39 :	La liste des personnes qualifiées n'est pas affichée, ce qui ne permet pas de dispenser l'information sur l'appel qui peut leur être fait prévu à l'article L311-5 du CASF.	103
Écart 40 :	Les dossiers administratifs des résidents sont incomplets et notamment les annexes du contrat de séjour relatives aux mesures de contentions ou de limitation de libertés ne sont pas présentes, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-4-1 du CASF, de l'article D. 311 (V-8°) et des articles R. 311-0-5 à -0-9 ainsi que R. 311-37-1 du même code.	104
Écart 41 :	Les pratiques de contentions au sein de l'EHPAD Rothschild ne respectent pas le droit des résidents et ne sont pas conformes aux recommandations des bonnes pratiques de la HAS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF relatives à la liberté d'aller et de venir des résidents.	107
Écart 42 :	Un programme d'animation existe, mais profite essentiellement aux résidents en capacité de se déplacer dans le forum ou qui y sont accompagnés. Les animations aux étages des pôles sont réduites, en particulier au sein des unités de vie protégées (DITZA). L'établissement ne peut ainsi garantir l'accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement à l'ensemble de ses résidents, en particulier les plus vulnérables. Cette situation ne permet pas à ces résidents d'accéder au socle de prestations minimales auquel ils ont droit et contrevient à l'article D312-159-2 du CASF.	111
Écart 43 :	La prescription médicale de texture alimentaire y compris de texture normale n'est pas systématiquement tracée dans les dossiers médicaux des résidents, contexte qui nuit à la qualité de leur prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF.	116
Écart 44 :	Le non-recours à l'enrichissement de plats pour les résidents dénutris contrevient à l'article D.312-155-0, point I 2° du CASF.	121
Écart 45 :	Les résidents qui ne bénéficient pas d'une collation nocturne, font un jeûne nocturne supérieur à douze heures, contexte qui ne respecte pas les recommandations du GEM-RCN et contrevient aux dispositions de l'annexe 2-3-1 (III 2°) du CASF.	122
Écart 46 :	D'après les entretiens réalisés, le passage du repas à texture normale au repas à texture mixée sans recours généralisé aux repas à texture hachée, ni pratique systématique de tests de déglutition par un professionnel habilité contrevient à l'article D.312-155-0, point I 3° du CASF.	122
Écart 47 :	Tous les résidents ayant un IMC < 22 kg/m ² et/ou une albuminémie < 30g/l (et donc a priori dénutris) ne bénéficient pas d'une mesure de leur poids chaque mois, ce qui ne respecte pas les recommandations de la HAS et nuit à la qualité de leur prise en charge contrevenant aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF.	125
Écart 48 :	Pour le mois de juin 2024, dans le fichier transmis, le calcul de l'IMC n'est pas tracé pour 38,5% des résidents, contexte qui nuit à sa qualité de prise en charge et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF. Cette proportion s'élève à 80,8% des résidents pour le pôle Malka.	127
Écart 49 :	Les troubles de la déglutition sont évalués de façon globale, mais les résidents n'ont pas accès à la réalisation si besoin d'une évaluation spécialisée des troubles dysphagiques par des orthophonistes pour préciser le diagnostic, ce qui contrevient à l'article L311-3 1° et 3° du CASF.	129
Écart 50 :	La situation particulière ainsi rapportée lors d'un entretien, d'absence volontaire et prolongée, en raison de l'organisation et du fonctionnement de l'EHPAD (AS indisponible), de réponse à un besoin élémentaire d'un résident, est compatible avec la définition de maltraitance figurant à l'article L119-1 CASF	129
Écart 51 :	La prise en charge de la continence telle que notée dans les plans de soins n'est pas en adéquation avec les besoins du résident, ce qui contrevient à l'article L311-3 - 1° du CASF.	129
Écart 52 :	La fiche de contrôle régulier du DAE n'est pas élaborée ce qui contrevient aux dispositions du décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018 relatif aux défibrillateurs automatisés externes et à l'article R.5212-25 du CSP.	140

Écart 53 :	Certaines procédures de soins ne sont pas élaborées (i.e. prises en charge du diabète, de l'épilepsie), et d'autres ne sont plus à jour (i.e. prise en charge de la douleur, fin de vie). Plusieurs soignants n'y sont pas sensibilisés, contexte qui nuit à la prise en charge de qualité des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (3°) du CASF.	143
Écart 54 :	L'identitovigilance n'est pas assurée dans l'établissement, notamment lors de l'étape d'administration des médicaments du fait d'une absence de mentions suffisantes sur les piluliers (absence du numéro de chambre et/ou de la photo du résident) et d'un manque de lisibilité sur certains piluliers des nom ou prénom du résident. L'identitovigilance est d'autant plus fragile que des homonymies ont été constatées lors de l'inspection et que les EI déclarés concernent surtout des erreurs d'identitovigilance. Il constitue un danger pour la santé du résident (art. L. 311-3 1° CASF).	145
Écart 55 :	La sécurisation des dotations en besoins urgents telle que pratiquée dans l'EHPAD est non conforme à la réglementation et permet un accès aux médicaments par des personnes non autorisées, sachant que certains placards ne sont pas dédiés à leur stockage (art. 9 de l'arrêté du 31 mars 1999)	146
Écart 56 :	La sécurisation des accès aux médicaments stupéfiants n'est pas effective dans un des postes de soins, le personnel non autorisé y ayant accès, ce qui contrevient à l'article 5 de l'arrêté du 12 mars 2013.	147
Écart 57 :	La sécurité des résidents présentant des troubles de la déglutition n'est pas assurée, en l'absence de mention sur la prescription indiquant que les traitements doivent être écrasés, sous réserve de la vérification préalable que les formes prescrites sont bien écrasables, ce qui contrevient à l'article L. 311-3 1° CASF.	147
Écart 58 :	Les prescriptions médicamenteuses en matière de neuroleptiques, d'hypnotiques et anxiolytiques ne sont pas limitées à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins, ce qui contrevient à l'article R 4127-8 du CSP et à l'article 8 du code de déontologie médicale.	149
Écart 59 :	L'établissement n'a pas mis en place l'organisation permettant d'assurer une présence pharmaceutique pendant les horaires d'ouverture de la PUI sachant que le temps de travail des 2 pharmaciens (1.7 ETP) apparaît insuffisant au regard du volume d'activité de la PUI (analyse pharmaceutique et gestion de la PDA pour 550 lits (EHPAD et SSR), contrôle des dotations, conciliation médicamenteuse, assurance qualité, etc.) ; ce qui ne respecte pas la réglementation (art. R. 5126-8 du CSP et R. 5126-16 du CSP).	150
Écart 60 :	La zone de stockage des solutés massifs de la PUI n'est pas conforme à la réglementation en vigueur (art. R. 5126-8 du CSP et Bonnes Pratiques de Pharmacie Hospitalière ou BPPH 3.2 et 3.3).	151
Écart 61 :	Le stockage des médicaments thermosensibles est non-conforme dans certains postes de soins avec un suivi des températures non maîtrisé et des risques d'utilisation de médicaments dégradés et de perte de chance pour le résident. Les réfrigérateurs sont vœustes et non conformes pour un usage pharmaceutique. Les moyens de contrôles des températures sont inexistantes et/ou inadaptés (articles R 4312-38 et R. 4312-37 du CSP)	151
Écart 62 :	L'état d'un certain nombre de chariots de distribution n'est pas satisfaisant. Plusieurs chariots sont en mauvais état et non sécurisés. Les risques de perte ou de vol de médicaments entraînant une prise en charge dégradée des résidents (ex : perte de chance ou retard de la prise lors de l'administration des médicaments) associés à un manque d'hygiène des chariots ne permet pas d'assurer la qualité de l'accompagnement des résidents telle que prévue par les dispositions de l'article L311-3 CASF.	151
Écart 63 :	Les dates d'ouverture et de date limite d'utilisation après ouverture doivent être systématiquement mentionnées sur les fioles de solutions buvables multi-doses et les collyres. L'administration de médicaments périmés car ouverts depuis trop longtemps ne permet pas d'assurer la sécurité des prises en charge et contrevient à l'article L 311-3 1° CASF.	152

Écart 64 :	Il n'y a pas de liste de médicaments à ne pas écraser ni de protocole/mode opératoire spécifique sur le broyage des médicaments définissant les responsabilités de chaque partie (IDE, AS et médecins). Le système d'écrasement ne fait pas l'objet d'un nettoyage régulier et la méthode semble différer selon les IDE avec des délégations non formalisées aux AS. En ne respectant pas les recommandations d'écrasement des médicaments, la sécurité de la prise en soins des résidents n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 1° du CASF.	152
Écart 65 :	La délégation de tâches notamment d'administration de certains médicaments par les IDE aux AS n'est pas formalisée au travers de procédures ou autres documents écrits permettant notamment de préciser les catégories de médicaments pour lesquelles la délégation est donnée. Il n'y a pas de formation tracée des AS habilitée à administrer certains médicaments (art. L. 313-26 du CASF et R. 4311-4 du CSP).	152
Écart 66 :	La traçabilité de l'administration est réalisée à distance de la prise sur le logiciel [REDACTED]™. Cette procédure peut être source de défaut de traçabilité précise. Elle est de plus incomplète et n'est pas satisfaisante car seule l'action de l'administration des médicaments est à cocher sans spécificité sur les difficultés rencontrées et sans possibilité de différencier quel médicament a été pris ou non pris.	153
Écart 67 :	L'équipement informatique pouvant être défectueux, les prescriptions ne sont pas consultées avant dispensation des médicaments aux résidents. Cela peut être source d'erreurs médicamenteuses graves ; la sécurité des résidents n'est pas assurée lors de la dispensation des médicaments au sens de l'article L 311-3 1° CASF.	153

5.2. Remarques

Remarque 1 :	Il existe un léger différentiel entre le nombre de places autorisées et celles installées que le gestionnaire a prévu de régulariser dans le cadre des réaménagements des logements de fonction. Si le gestionnaire envisage la création d'une UHR, la question de l'opportunité de la création d'un deuxième PASA mérite d'être posée au regard de la taille de l'établissement, de son taux d'occupation, des compétences professionnelles disponibles, des besoins du territoire et des caractéristiques des résidents accueillis.	14
Remarque 2 :	L'organigramme de l'établissement ne traduit pas clairement les liens hiérarchiques et fonctionnels.	25
Remarque 3 :	Les appels reçus et traités par les directeurs d'astreinte ne sont pas tracés.	29
Remarque 4 :	[REDACTED]	30
Remarque 5 :	Trois cadres de santé ne disposent pas d'un parcours de formation garantissant leur capacité à pleinement assumer cette fonction.	31
Remarque 6 :	[REDACTED]	31
Remarque 7 :	La fiche de poste/missions de la coordonnatrice des soins n'est pas à jour.	31
Remarque 8 :	L'absence de fiche de poste /de missions des cadres de santé fragilise la coordination du travail des équipes soignantes et la qualité de la prise en charge en soins des résidents.	32
Remarque 9 :	Sur les 3 médecins présentés à la mission comme responsables de chacun des 3 pôles, un seul dispose d'une fiche de poste en adéquation avec ses fonctions avec précision du temps de coordination (0,40 ETP).	32

Remarque 10 :	Les contrats des MedCo ne sont pas uniformes. Seul un des MedCo a un contrat en tant que médecin gériatre, responsable de pôle.	34
Remarque 11 :	Il n'est pas désigné officiellement un ou des personnels soignants référents sur la PECM alors que cela est justifié au regard de la taille de l'établissement, du grand nombre de postes de soins et de la nécessité d'une homogénéité du circuit du médicament et de la prise en charge médicamenteuse des résidents entre les différents bâtiments.	39
Remarque 12 :	L'établissement ne dispose pas d'une procédure dédiée aux situations de violence ou de harcèlement sexuel.	42
Remarque 13 :	Les procédures relatives à la déclaration des actes de maltraitance de l'établissement ne mentionnent pas le régime de protection des déclarants de l'article L313-24 du CASF.	42
Remarque 14 :	Les résidents n'ont pas été associés aux enquêtes de satisfaction mises en œuvre en 2023 par l'établissement. Seules les familles et tuteurs y ont été associés.	44
Remarque 15 :	La possibilité de signaler les EI dans deux logiciels sans interfaçage, et une procédure floue sur la répartition des responsabilités de signalement entre professionnel et hiérarchie n'incitent pas la déclaration par les professionnels.	44
Remarque 16 :	L'absence de possibilité d'anonymisation n'incite pas au signalement interne des EI.	45
Remarque 17 :	Il a été vu au point 1.3.2 que lors des 3 CVS de 2023, aucun bilan sur les EI, EIG et dysfonctionnements n'était à l'ordre du jour.	45
Remarque 18 :	La gestion des événements indésirables liés au circuit du médicament n'est pas opérationnelle. Il y a peu de remontées de ces événements au vu de la taille de l'établissement. Aucun bilan des rares événements analysés n'est réalisé. En cas d'EIG médicamenteux, ces constats pourraient contrevenir aux dispositions des articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 du CASF et à l'arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration EI/EIG/EIGS à l'autorité compétente), ainsi qu'à l'article R1413-67 à 70 du CSP Et L311-3 CASF	47
Remarque 19 :	La conduite à tenir en cas de chute fait référence à des signes de gravité, mais elle ne les présente pas explicitement.	49
Remarque 20 :	Le ratio IDE demeure insuffisant même si les CDD sont pris en compte : 30,73 ETP réels en mars 24 versus les 34, 75 ETP requis selon le CPQM.	56
Remarque 21 :	En l'absence de transmission des diplômes, en particulier pour les vacataires et au regard du nombre de vacataires, la direction de l'établissement n'est pas en mesure de garantir la qualification des personnels intervenant auprès des résidents.	56
Remarque 22 :	La répartition du personnel IDE fixe (CDI) entre les bâtiments n'est pas homogène, ce qui est susceptible d'induire une moindre qualité des prises en charges dans certains pôles.	57
Remarque 23 :	L'EHPAD MRG conclut de façon récurrente des CDD, en particulier sur les fonctions d'aide-soignant et d'IDE afin de pourvoir durablement des emplois liés à son activité normale.cf écart 15.	58
Remarque 24 :	Plusieurs salariés, qu'ils soient en CDD ou en CDI dépassent à la fin du mois de mai 2024 le plafond annuel d'heures supplémentaires tel qu'il est réglementé par le code du travail.	58
Remarque 25 :	Les dossiers administratifs des professionnels ne contiennent pas systématiquement les pièces essentielles constitutives d'un dossier individuel du personnel (diplôme ; fiche de poste ; entretien professionnel).	60
Remarque 26 :	L'absence de tableaux de bord ou d'outils de traçabilité sur la vérification des casiers judiciaires des personnels ne permet pas de garantir le contrôle par l'établissement des incapacités d'exercer liées à des condamnations soit pour un crime soit pour les délits énumérés à l'article L 133-6 du CASF.	60

Remarque 27 :	Aucun élément probant n'a pu être présenté concernant la réalisation de formations sur la PECM à destination des soignants.	62
Remarque 28 :	La réalisation de mini-formations n'est pas organisée au niveau institutionnel. Les pratiques de transmissions de bonnes pratiques professionnelles par certains cadres de soins et médecins coordonnateurs ne peuvent être assimilées à des formations courtes en l'absence de programmation et formalisation. Elles ne sont pas identifiées par les professionnels comme des formations, ce qui ne permet pas une diffusion et homogénéisation des bonnes pratiques au sein de l'EHPAD.	62
Remarque 29 :	Le défaut de portage des formations à la bientraitance ([REDACTED]™) par [REDACTED] [REDACTED] obère sa portée et sa mise en œuvre opérationnelle par les équipes.	63
Remarque 30 :	L'absence de port systématique du badge par les personnels de la MRG contrevient aux obligations du personnel pourtant rappelées dans le livret d'accueil et les procédures formalisées.	64
Remarque 31 :	La procédure d'intégration des nouveaux embauchés de la fondation, ancienne, n'est pas appliquée au sein de la MRG qui dispose par ailleurs de plusieurs procédures révisées en majorité dans le courant de l'année 2023 en fonction des pôles et des fonctions du personnel et qui démontrent l'adaptation des protocoles en vue de l'accueil de personnel intérimaire ou de CDD courts avec des changements d'affectation journaliers. La mission note que les procédures méritent de nouvelles révisions en lien avec les changements intervenus au niveau de l'encadrement.	65
Remarque 32 :	Aucune analyse de pratique n'est réalisée telle que le préconise le référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS de mars 2022	65
Remarque 33 :	L'éclatement de la responsabilité de la gestion des plannings entre les cadres de soins et une personne en charge des remplacements induit une mauvaise gestion des plannings en l'absence de règles sur la prise des congés et de date butoir pour la clôture des plannings, ainsi qu'une complexification des circuits d'information.	66
Remarque 34 :	Compte-tenu de la taille de l'établissement, l'absence de cadre de santé de nuit impacte la coordination des équipes soignantes.	69
Remarque 35 :	Chaque personnel de l'EHPAD ne dispose pas d'une fiche de poste.	69
Remarque 36 :	Le RAMA 2022 ne comporte pas d'analyse relative aux événements indésirables survenus courant 2022 au sein de l'EHPAD, ni d'analyse relative aux complications liées aux soins.	72
Remarque 37 :	Les personnels hôteliers en CDI et CDD ne sont pas suffisamment formés au bio nettoyage.	78
Remarque 38 :	L'insuffisance de mesures de prévention des chutes contrevient aux recommandations de l'évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, société de gériatrie et gérontologie- 2009	83
Remarque 39 :	Le nettoyage des sols ne respecte pas les recommandations du guide de l'entretien des locaux en établissement médico-social du CPIAS, 2019	84
Remarque 40 :	La procédure d'admission actualisée n'est pas connue de l'ensemble des professionnels concernés.	88
Remarque 41 :	En l'absence de visite de pré admission, le processus d'admission en œuvre dans l'établissement ne permet pas une documentation complète de la demande en appui à la prise de décision, et ne favorise pas la préparation et l'adaptation du résident.	89
Remarque 42 :	L'absence de calendrier nominatif par pôle de réévaluation des PAP, ne permet pas de garantir leur mise à jour régulière pour chaque résident.	96
Remarque 43 :	La mission constate l'absence d'échanges de bonnes pratiques et d'harmonisation entre les pôles	96

- Remarque 44 : Les informations relatives au « médecin traitant » déclaré à l'Assurance maladie de chaque résident ne sont pas à jour, toutefois cette notion est sans objet, l'établissement étant au tarif global. 97
- Remarque 45 : L'animation repose en partie sur des arts-thérapeutes sans que cette situation soit pleinement clarifiée en termes d'objectifs de prise en charge des résidents. 110
- Remarque 46 : Les CR des commissions restauration font état de l'insatisfaction persistante des résidents par rapport aux modalités de réchauffage et/ ou de présentation des plats, qui ne sont pas réalisées dans les règles de l'art culinaire et selon les consignes du prestataire de restauration. Il existe une différence de qualité perçue des repas : les résidents servis en salle à manger du RDC sont plus satisfaits que ceux servis dans les étages. 113
- Remarque 47 : Sur l'échantillon de 120 dossiers analysé, le statut pondéral (et donc nutritionnel) est inconnu pour 17,5% des résidents. 117
- Remarque 48 : Le défaut de connaissance et ou d'application de la procédure de met de substitution par l'ensemble des professionnels ne permet pas de respecter les goûts et aversions des résidents.. 121
- Remarque 49 : Le protocole relatif à l'évaluation nutritionnelle des résidents accueillis ne s'appuie pas sur les dernières recommandations en matière de diagnostic et de prise en charge de la dénutrition du sujet âgé élaborées par la HAS. Ref : Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus ; HAS, novembre 2021. 123
- Remarque 50 : La détermination, à partir des critères multiples figurant dans les recommandations de la HAS, du statut nutritionnel individuel de chaque résident et de son évolution, ne figurent pas dans les dossiers médicaux analysés. 125
- Remarque 51 : La mission n'a pas retrouvé dans les documents transmis d'analyse par l'EHPAD de l'évolution de la courbe de poids, de l'IMC ou de l'albuminémie, notamment chez les résidents pouvant être considérés comme dénutris ou très dénutris. Elle rappelle que la mesure cinétique de la perte de poids est un des critères de diagnostic de dénutrition sévère. Ref : Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus ; HAS, novembre 2021. 128
- Remarque 52 : Le CLAN ne s'est pas réuni depuis 2022. 129
- Remarque 53 : Les plans de soins ne sont pas systématiquement respectés s'agissant des consignes pour la réalisation des toilettes. . 129
- Remarque 54 : La feuille de suivi journalier des températures du réfrigérateur des médicaments thermosensibles n'est pas remplie quotidiennement. 133
- Remarque 55 : Les postes de soins sont nombreux mais ne disposent pas d'une superficie suffisante avec un espace dédié et sécurisé pour les réserves de médicaments, ni d'un système de ventilation et de régulation de la température des locaux. 134
- Remarque 56 : Un obus d'oxygène, situé dans un poste de soins, n'était pas fixé sur son support dédié. 135
- Remarque 57 : La sécurisation de l'accès aux postes de soins n'est pas satisfaisante en pratique, bien qu'un système de sécurisation existe sur chaque porte. 136
- Remarque 58 : Les informations des affichages dans les postes de soins ne sont pas à jour 137
- Remarque 59 : Les dossiers de liaison d'urgence, qui existent exclusivement sous format numérisé, ne sont pas disponibles en cas de panne informatique ce qui peut poser problème pour la continuité de la prise en charge des résidents et leur sécurité, et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF. 138
- Remarque 60 : Les chariots d'urgence observés n'ont pas un format permettant un déplacement aisé et une utilisation rapide. De plus, la liste des spécialités n'est pas non plus accessible rapidement et le contenu est constitué uniquement de spécialités injectables. Enfin, concernant le chariot d'urgence positionné dans le poste de soins du 1^{er} étage du bâtiment MALKA, son ouverture et l'utilisation de la dotation médicament ne sont pas tracés dans le document prévu à cet effet. 139

Remarque 61 :	L'EHPAD dispose d'un seul DAE dont la signalétique est absente. Sa localisation au niveau du poste de sécurité, constitue un emplacement qui est facilement accessible et visible à l'entrée de l'établissement, mais qui ne permet pas directement son utilisation permanente par toute personne présente dans l'enceinte de l'établissement conformément aux indications des articles 2 et 3 de l'arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux DAE et à leurs modalités de signalisation dans les lieux publics et les établissements recevant du public.	140
Remarque 62 :	La procédure de prise en charge de la douleur, version 2, 2019 ne prévoit pas la collaboration IDE/AS lors de la distribution et aide à la prise d'un traitement et n'évoque pas la procédure « recommandations de bonnes pratiques pour l'administration des médicaments ».	141
Remarque 63 :	Le manque d'ordinateurs empêche la traçabilité des soins et la transmission d'informations en temps réel avec pour conséquence une perte possible de données utiles à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, pour une prise en charge de qualité	143
Remarque 64 :	Les personnels temporaires n'ont pas tous un code d'accès personnalisé à [REDACTED]™	144
Remarque 65 :	Le système documentaire de l'EHPAD relatif au circuit du médicament est ancien.	145
Remarque 66 :	L'EHPAD ne dispose pas d'une cartographie des risques médicamenteux.	145
Remarque 67 :	Le retrait des médicaments de leurs blisters rend non identifiables ces derniers avant leur administration et est une source potentielle d'erreur d'administration médicamenteuse.	146
Remarque 68 :	La liste de dotation présente et affichée dans le poste de soins ne correspond pas toujours à la dernière version donc à la réalité du stock.	146
Remarque 69 :	La proportion de résidents du pôle DITZA avec prescription de neuroleptiques est élevée (41% des résidents y séjournant). Les résidents de ce pôle qui accueille l'unité de vie protégée peuvent présenter des troubles du comportement perturbateurs. Cependant les recommandations actuelles ne prévoient la prescription de neuroleptiques pour traiter des troubles du comportement perturbateurs chez les malades Alzheimer qu'après l'échec des autres mesures de prise en charge (i.e. techniques de soins, interventions non médicamenteuses). Ref : Recommandations de bonne pratique, HAS, Mai 2009 : « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs »	149
Remarque 70 :	La prescription d'hypnotiques / anxiolytiques de type benzodiazépine est non seulement fréquente (52,3 % des résidents) mais également au long cours, contexte qui ne respecte pas les recommandations de la HAS relatives aux bonnes pratiques de leur prescription.	149
Remarque 71 :	Les sachets portent la mention d'une date de péremption de 6 mois après leur préparation sans que ce délai soit justifié et documenté par l'établissement.	150
Remarque 72 :	La liste de médicaments sous forme liquide indiquant une date limite d'utilisation et établie par la PUI n'est pas connue des soignants, ni affichée de façon visible au sein des postes de soins dans sa dernière version de 2024.	152
Remarque 73 :	La convention avec le centre de radiologie et d'échographie n'a pas été signée par le Directeur de l'établissement.	156
Remarque 74 :	La convention avec l'EMGE n'est pas actualisée.	156

6. Conclusion

L'inspection inopinée de l'EHPAD "Maison de Retraite et de Gériatrie" située au 80 rue Picpus à PARIS12 géré par la fondation de Rothschild, a été réalisée les 17, 18 et 19 juin par une équipe conjointe de l'ARS IdF et de la Ville de Paris.

Cet établissement privé à but non lucratif d'une capacité de 510 places autorisées en hébergement permanent et de 14 places de PASA est habilité à l'aide sociale. L'EHPAD. Les locaux hébergent aussi une unité de 60 lits de service de médecine et réadaptation ainsi que le siège de la direction générale de la fondation. L'établissement est au tarif global et dispose d'une pharmacie à usage intérieur.

Le site est composé de 8 bâtiments. L'EHPAD est composé de 3 pôles médicaux répartis sur 4 des bâtiments du site. Il existe un poste de soins à chaque étage de chaque bâtiment de l'EHPAD à l'exception de Rina, soit 14 postes de soins.

Les médecins sont salariés : 8 médecins sur l'organigramme et 2 pharmaciens (1,7 ETP). Chaque pôle comprend 1 MedCo et un médecin prescripteur et deux cadres de santé.

Cette prise en charge très médicalisée permet à l'EHPAD de gérer lui-même des prises en charges lourdes et d'éviter des transferts de résidents aux urgences.

Concernant l'impression générale :

- La mission a découvert un établissement dont le RDC présente de beaux espaces de vie (terrasses, cafétéria, jardins, grande salle de spectacle, belle salle à manger, espace de culte (synagogue), espaces du PASA) avec beaucoup d'animation l'après-midi, ce qui en fait un espace accueillant et chaleureux.
- Ces constats contrastent fortement avec ceux portant sur les conditions d'hébergement dans les étages lesquels, et ce, quel que soient les bâtiments, présentent des défauts d'entretien et paraissent tristes y compris pour les espaces destinés aux repas.

La mission d'inspection a pu relever plusieurs points positifs relatifs à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement, ainsi qu'à la prise en soins des résidents, à savoir :

Gouvernance :

- Conformité aux conditions d'autorisation :
 - o Un taux d'occupation très satisfaisant : 95% taux occupation au moment de la visite sur site ;
 - o Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) dispose d'une organisation et d'un fonctionnement y permettant le déroulement de plusieurs ateliers créatifs dispensés aux résidents accueillis par une équipe pluridisciplinaire. En revanche, le nombre de places (14) est peu élevé au regard des besoins ;
 - o Un Projet d'Etablissement formalisé 2022-2027 avec une actualisation du projet médical en avril 2024 ;
- Management et stratégie :
 - o Les présences médicale et infirmière sont continues (H24) auprès des résidents ;
- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables :
 - o Le circuit des réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction est structuré ;
 - o La procédure de déclaration des événements indésirables est connue par les professionnels qui y sont sensibilisés semestriellement ;

Fonctions support :

- Gestion des ressources humaines : Formations effectives régulières AFGSU, gestes de premier secours ;
- Sécurité :
 - o Existence d'un poste de sécurité au niveau de l'accueil de l'EHPAD avec une guérite au niveau du portail d'entrée permettant de filtrer les visiteurs et sécuriser le site ;
 - o Les astreintes techniques sont opérationnelles 7J/7 24h24 ;
 - o Les fenêtres sont équipées de dispositifs anti-défenestration et les chambres sont équipées de rails ;

- o Le suivi vaccinal des résidents est effectif, et les proportions de vaccination des résidents contre la grippe saisonnière 2023 sont élevées (i.e. environ 95%) ;

Prises en charge :

- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie :
 - o Le processus d'admission est systématiquement soumis à l'avis médical ;
- Respect des droits des personnes :
 - o L'identification des résidents est assurée par plusieurs biais ;
- Soins :
 - o Les procédures de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs sont synthétiques et présentent étape par étape la démarche de prise en soins ;
 - o La prise en charge des lésions cutanées des résidents s'appuie à la fois sur les ressources médicales propres à l'EHPAD, ainsi que sur plusieurs partenariats externes permettant d'assurer leur traitement ;

Relations avec l'extérieur :

- Coordination avec les autres secteurs :
 - o Plusieurs partenariats avec des établissements de soins ont été noués permettant ainsi la prise en charge fluide des résidents en cas de besoin (e.g. urgences, gériatrie, chirurgie, psychiatrie). Toutefois ces partenariats ne sont pas formalisés ou plus à jour ;
 - o Les conventions avec un service d'HAD et avec une équipe mobile de soins palliatifs permettent leur intervention en cas de besoin au sein de l'EHPAD.

Néanmoins, la mission a relevé plusieurs dysfonctionnements en matière de gouvernance, de fonctions support et de prise en charge, à savoir .

- En termes de gouvernance :
 - o Les personnes [REDACTED] ne disposent pas tous de diplômes et/ou expérience professionnelle leur permettant d'exercer ces fonctions, et de contrats et fiches de postes en adéquation avec leurs missions ;
 - o Les parcours de formation [REDACTED] ne sont pas en accord avec leur statut professionnel actuel ;
 - o Les contrats de travail des médecins coordonnateurs ne précisent ni la quotité de travail alloué à leur mission de coordination ni à celle de prescription ;
 - o L'élaboration du RAMA 2023 est à compléter et à finaliser ;
 - o Il n'existe pas d'instance collégiale commune pour l'ensemble des médecins de l'EHPAD (coordonnateurs et prescripteurs), ce qui induit des pratiques différentes d'un pôle à un autre, notamment en matière de sensibilisation des équipes aux bonnes pratiques, d'organisation de mini-formations, d'animation d'équipe et de contrôle de la bonne application des protocoles ou procédures de soins lorsqu'ils existent ;
 - o Le fonctionnement et la composition du CVS ne sont pas conformes à la réglementation et n'offrent pas de garanties quant au respect des droits des résidents et des familles ;
 - o Les dysfonctionnements et événements indésirables graves ne sont pas tous déclarés par l'EHPAD aux autorités de tutelle et de tarification ; les professionnels sont peu incités à signaler les EI en interne du fait de l'imprécision de la procédure ad hoc sur la répartition des responsabilités entre le professionnel et la hiérarchie et sur le régime de protection des déclarants ;
 - o La procédure de déclaration et d'analyse des chutes ne présente pas leurs principaux signes de gravité, à partir desquels découlent les étapes successives de leur prise en charge ; les mesures de prévention des chutes sont insuffisantes ;

En termes de fonctions support :

- S'agissant de la gestion de l'information : la sécurisation du stockage des dossiers médicaux est à améliorer, afin de préserver la confidentialité des données à caractère médical ;

– S'agissant des bâtiments :

- Les mesures de bio-nettoyage dans l'établissement ne sont pas suffisantes pour garantir la qualité de la prise en charge des résidents et les conditions de travail des soignants ;
- La présence de nuisibles (pigeons dans les espaces extérieurs, agora et salle à manger du rez-de-chaussée, souris et cafards dans les unités) ne permet pas de garantir des conditions d'hygiène satisfaisantes et peut constituer un risque sanitaire pour les personnes vulnérables que sont les résidents en EHPAD ;
- Le dispositif d'appels-malades n'est pas pleinement opérationnel et présente plusieurs dysfonctionnements majeurs : les appels-malades ne sont pas branchés et/ou accessibles dans chaque chambre ; les défaillances sont nombreuses avec des délais de réparation élevés et non satisfaisants. Lors des tests réalisés sur place, les délais moyens d'intervention des personnels suite à un appel-malade sont supérieurs à 5 minutes et un nombre significatif d'entre eux dépasse 20 minutes, pouvant aller jusqu'à 50 minutes ; le suivi des délais de réponse n'est ni organisé de façon pérenne et régulière, ni optimal lorsqu'il est réalisé. Ces dysfonctionnements du dispositif d'appels-malades ne permettent pas de garantir une intervention rapide du personnel en cas d'urgence et compromettent la sécurité des résidents ;
- La sécurisation de l'accès aux postes de soins, bien que possible, n'est pas complètement effective ;

– S'agissant des Ressources humaines :

- La réalisation de mini-formations internes n'est pas organisée au niveau institutionnel et est laissée à l'appréciation du personnel d'encadrement de chacun des étages des pôles, ce qui ne permet pas une diffusion et homogénéisation des bonnes pratiques au sein de l'EHPAD. L'effectivité de la réalisation de formations sur la prise en charge médicamenteuse est incertaine en l'absence d'éléments probants transmis ;
- Le défaut de portage des formations « [REDACTED]™ » (promotion de la bientraitance) par [REDACTED] obère sa portée et sa mise en œuvre opérationnelle par les équipes ;
- Les ETP en CDI en IDE et AS/AES/AMP ne permettent pas de faire face à la charge d'activité normale en soins et en dépendance de l'établissement. Le recours de manière structurelle aux personnels en contrat de courte durée n'apporte pas de garantie suffisante quant à la qualité de la prise en charge et la sécurité des résidents ;
- Le niveau d'absentéisme au sein de l'EHPAD est élevé ce qui a des répercussions sur l'accompagnement des résidents ;
- L'étude des plannings démontre des périodes régulières de sur-effectif et de sous-effectif par rapport à l'organisation cible, et ce quels que soient les pôles. Ces problèmes de répartition du personnel induisent une hétérogénéité dans la qualité des prises en charge ;
- En recrutant et en affectant du personnel qui ne dispose pas des qualifications requises pour exercer des fonctions d'aide soignant, l'établissement ne garantit pas la qualité et la sécurité des soins ;
- L'organisation en place la nuit est fragile du fait que près de la moitié des effectifs la nuit sont des personnels en CDD dont les diplômes n'ont pas été transmis et en raison d'une présence limitée d'IDE et de l'absence de formalisation des délégations d'administration des médicaments des IDE aux AS, ce qui est susceptible d'affecter la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.

En ce qui concerne les prises en charge :

- La traçabilité des prises en charge dans les dossiers médicaux et de soins des résidents est insuffisante sur plusieurs points :
 - La réalisation d'un bilan gériatrique dans le mois qui suit l'admission, n'est pas systématique.
 - La participation directe des résidents à la conception et à la mise en œuvre de leur projet d'accueil et d'accompagnement n'est pas mise en œuvre,
 - Les résidents ne bénéficient pas tous d'un projet d'accompagnement individualisé.
 - La réalisation d'une synthèse médicale annuelle n'est effective que pour certains résidents.
 - Les pratiques de contentions ne respectent pas les droits des résidents et contreviennent à leur liberté d'aller et venir : la prescription n'est pas systématique ; la balance bénéfice-risque n'est pas toujours tracée

dans le dossier médical du patient tout comme le consentement du résident ou de ses proches dans l'annexe au contrat de séjour ; la date de fin de contention n'est pas précisée et les critères de réévaluation des contentions ne sont pas formalisés.

- o L'accès à un bilan orthophonique précis paraît limité pour les résidents qui présentent des troubles de la déglutition et la prescription médicale de texture alimentaire n'est pas systématiquement tracée dans les dossiers médicaux des résidents.
 - o Un régime alimentaire adapté n'est pas prescrit pour un nombre significatif de résidents notamment dénutris.
 - o Les prescriptions médicamenteuses en matière de neuroleptiques, d'hypnotiques et anxiolytiques ne sont pas limitées à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.
 - o Certaines procédures de soins indispensables (i.e. diabète, crise épileptique) ne sont pas élaborées.
- Concernant le circuit du médicament :
- o L'identitovigilance n'est pas assurée dans l'établissement, notamment lors de l'étape d'administration des médicaments du fait d'une absence de mentions suffisantes sur les piluliers (absence du numéro de chambre et/ou de la photo du résident) et d'un manque de lisibilité sur certains piluliers des nom ou prénom du résident. Ce point est d'autant plus problématique que des homonymies ont été constatées lors de l'inspection et que les EI déclarés concernent surtout des erreurs d'identitovigilance.
 - o L'établissement n'a pas mis en place l'organisation permettant d'assurer une présence pharmaceutique pendant les horaires d'ouverture de la PUI sachant que le temps de travail des 2 pharmaciens (1.7 ETP) apparaît insuffisant au regard du volume d'activité de la PUI.
 - o Il n'y a pas de protocole/mode opératoire spécifique sur le broyage des médicaments définissant les responsabilités de chaque partie (IDE, AS et médecins). Le système d'écrasement ne fait pas l'objet d'un nettoyage régulier et la méthode semble différer selon les IDE avec des délégations non formalisées aux AS.
 - o La délégation de tâches d'administration de certains médicaments par les IDE aux AS n'est pas formalisée au travers de procédures ni ne fait l'objet de formations d'habilitation.
 - o La traçabilité de l'administration des traitements est opérée sur le logiciel [REDACTED]™ à distance de la prise ce qui peut être source d'erreurs de saisie. Cette traçabilité est incomplète et n'est pas satisfaisante car seule l'action de l'administration des médicaments est à cocher sans spécificité sur les difficultés rencontrées et sans possibilité de différencier quel médicament a été pris ou non pris.
 - o Les postes de soins ne disposent pas tous d'un local dédié et sécurisé pour les réserves de médicaments, ainsi que d'un système de ventilation et de régulation de la température des locaux.

Ainsi, plusieurs constats de la mission mettent en évidence des défauts de respect des droits des résidents, et une dégradation de la qualité et de la sécurité de leurs prises en charge.







D'autre part, la promotion de la bientraitance est un sujet abordé de façon récurrente par le projet d'établissement et les procédures d'audits de la fondation. Au moment de l'inspection, un programme de formation « [REDACTED]™ » était en cours de déploiement sur ce sujet. Cependant, certains des constats de la mission identifient un risque global de maltraitance sur deux des sept situations identifiées par la HAS dans ce domaine⁵⁵ :



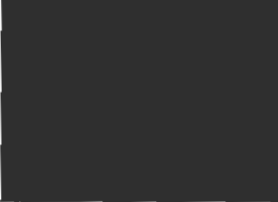



- **Maltraitance physique** : indications, renouvellement et informations concernant les contentions mises en place, y compris en ce qui concerne les prescriptions psychotropes chez les patients présentant des symptômes de type Alzheimer.
- **Négligences** : défaut de réponse aux appels malades, lacunes dans le suivi et la prise en charge de l'hygiène corporelle, absence de coopération avec les proches.

Ces constats nécessitent que le gestionnaire engage de façon structurée des actions correctives applicables à l'ensemble de l'établissement et définisse un plan opérationnel de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance.

Saint Denis, le 7 février 2025

⁵⁵ Recommandations de bonnes pratiques, HAS, 2024 : « bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement-personnes majeures- secteur sanitaire, médico-social et social », fiche 1 : Reconnaître une situation potentielle de maltraitance envers les personnes accueillies

L'inspectrice de l'action sanitaire et sociale, IRAS ARS IDF	Le médecin inspecteur de santé publique, IRAS, ARSIDF	L'inspectrice désignée, IRAS, ARSIDF
signé	signé	signé
		
Le pharmacien inspecteur de santé publique, DQSPharMedBio, ARSIDF	Le Pharmacien inspecteur de santé publique, DQSPharMedBio, ARSIDF	L'inspectrice de l'action sanitaire et sociale, IRAS, ARSIDF
signé	signé	signé
		

La chargée de contrôle des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, Direction des Solidarités, Ville de Paris	La chargée de contrôle des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, Direction des Solidarités, Ville de Paris	La chargée de contrôle des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, Direction des Solidarités, Ville de Paris
		
Le chargé de contrôle des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, Direction des Solidarités, Ville de Paris	La chargée de contrôle des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, Direction des Solidarités, Ville de Paris	Le responsable de la mission inspection des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, Direction des Solidarités, Ville de Paris
		

7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES : Accompagnant éducatif et social
AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence régionale de Santé
AVS : Auxiliaires de vie sociale
AS : Aide-soignant
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CDS : Contrat de séjour
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés
CNO : Compléments nutritionnels oraux
CNR : Crédits non reconductibles
COMEDIMS : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CoVID : Corona Virus Disease
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : Code de la santé publique
CT : Convention tripartite pluriannuelle
CVS : Conseil de la vie sociale
DADS : Déclaration annuelle des données sociales
DAOM : Déchets assimilés aux ordures ménagères
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DASRIA : Déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés
DE : diplôme d'état
DLU : dossier de liaison d'urgence
DUD : Document unique de délégation
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
EAPA : Enseignant en Activité Physique Adaptée
EHPA : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave
ETP : Equivalent temps plein
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré
HACCP : « Hazard Analysis Critical Control Point. »
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé (ex-ANESM)

HCSP : Haut-comité de santé publique
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur
MédCo/MEDEC : Médecin coordonnateur
PE : Projet d'établissement
PVP : Projet de vie personnalisé
PACQ : Plan d'amélioration continu de la qualité
PACQSS : Programme d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins
PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés
PECM : Prise en charge médicamenteuse
PMR : Personnes à mobilité réduite
PMP : PATHOS moyen pondéré
PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle
RAQ : Responsable Analyse Qualité
RDF/RF : Règlement de fonctionnement
RH : Ressources humaines
RNCP : Répertoire national des certifications professionnelles
SF2H : Société française d'hygiène hospitalière
SFGG : Société française de gériatrie et gérontologie
SSIAP : Service de Sécurité Incendie et d'Assistance à Personnes
UHR : Unité d'hébergement renforcée
UVP : Unité de vie protégée

8. Annexes

Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Cabinet du Directeur général
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale de l'ARS
de Paris

Sous-direction de l'Autonomie
Direction de l'Action sociale, de l'enfance
et de la santé,
Ville de Paris

Monsieur [REDACTED] directeur
sanitaire
et sociale, Inspection régionale Autonomie-Santé
(IRAS)

Madame [REDACTED] médecin inspecteur de
santé publique, IRAS

Madame [REDACTED] inspectrice désignée
par le directeur général de l'ARS Île-de-France,
IRAS

Monsieur [REDACTED] chargé de projet
inspection/contrôle EHPAD, Pôle Autonomie,
Délégation départementale de Paris

Monsieur [REDACTED]
Monsieur [REDACTED]
publique, Département Qualité Sécurité Pharmacie
Médicament Biologie (DQSPharMedBio)

[REDACTED]
ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie,
Direction des Solidarités, Ville de Paris

[REDACTED]
mission inspection des ESMS, sous-direction de
l'Autonomie, Direction des Solidarités, Ville de Paris

Affaires
Courriel
Téléphone

Références : 2024_JDF_00372

Objet : Lettre de mission d'inspection

Saint-Denis, le 28 MAI 2024

Mesdames, Messieurs,

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. 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.

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 41 02 00 00

Agence régionale de santé Île-de-France

Rapport d'inspection n°2023-XXX

174/186

Ces contrôles, diligentés sur le fondement de l'article L.313-13, V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants, ont pour objectif de réaliser, pour chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de leur fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

L'EHPAD Maison de Retraite et de gériatrie de la Fondation de Rothschild situé 80 rue de Picpus 75012 PARIS (N°FINESS 750800534) a été inscrit dans la programmation de ces contrôles.

Aussi, nous vous demandons de réaliser une inspection (contrôle sur place) de cet établissement, portant sur les thématiques suivantes :

- Gouvernance :
 - o Conformité aux conditions d'autorisation ;
 - o Management et Stratégie ;
 - o Animation et fonctionnement des instances ;
 - o Gestion de la qualité ;
 - o Gestion des risques, des crises et des événements indésirables.

- Fonctions support :
 - o Gestion des ressources humaines ;
 - o Gestion d'information ;
 - o Bâtiments, espace extérieurs et équipement ;
 - o Sécurité.

- Prise en charge :
 - o Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie ;
 - o Respect des droits des personnes ;
 - o Vie sociale et relationnelle ;
 - o Vie quotidienne – Hébergement ;
 - o Soins.

- Relations avec l'extérieur :
 - o Coordination avec les autres secteurs.

La mission débutera à compter du 17 juin 2024 à 09 heures et sera assurée par :

- Pour l'ARS :
 - o [REDACTED] Inspectrice de l'action sanitaire et sociale¹, Inspection AS, coordonnatrice de la mission ;
 - o [REDACTED] médecin inspecteur de santé publique², IRAS ;
 - o [REDACTED] anesthésiste et chargée d'inspection, inspectrice désignée par Ile-de-France³, IRAS ;
 - o [REDACTED] inspectrice de l'action sanitaire et sociale¹, IRAS ;
 - o [REDACTED] pharmacien inspecteur de santé publique⁴, DQSPharMedBio ;
 - o [REDACTED] pharmacien inspecteur de santé publique, DQSPharMedBio.

Qui seront accompagnés de :

- o Monsieur [REDACTED] chargé de projet inspection/contrôle EHPAD à la délégation départementale de Paris, désigné personne qualifiée¹ ;
- o Madame [REDACTED] chargée de mission au service régional Transports sanitaires, en formation ICARS à l'école des hautes études en Santé Publique (EHESP) ;

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

² Article L.1421-1 du Code de la santé publique (CSP),

³ Article L.1435-7 CSP

⁴ Article L.1421-1 du Code de la santé publique (CSP)

— Pour la Ville de Paris :

- o Madame [REDACTED] chargée du contrôle des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, direction des Solidarités, désignée par la Ville de Paris au titre de l'article L.133-2 du CASF ;
- o Madame [REDACTED] chargée du contrôle des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, direction des Solidarités, désignée par la Ville de Paris au titre de l'article L.133-2 du CASF ;
- o Monsieur [REDACTED] chargé du contrôle des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, direction des Solidarités, désigné par la Ville de Paris au titre de l'article L.133-2 du CASF ;
- o Monsieur [REDACTED] responsable de la mission inspection des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, direction des Solidarités, désigné par la Ville de Paris au titre de l'article L.133-2 du CASF ;
- o Madame [REDACTED] chargée du contrôle des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, direction des Solidarités, désignée par la Ville de Paris au titre de l'article L.133-2 du CASF ;
- o Madame [REDACTED] chargée du contrôle des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, direction des Solidarités, désignée par la Ville de Paris au titre de l'article L.133-2 du CASF.

L'inspection sera réalisée selon les modalités suivantes :

- Mode inopiné, sans information préalable de l'établissement ;
- Présence sur place entre 8 heures et 20 heures (cf. article L.1421-2 du CSP).

Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP⁵ et L.133-2 du CASF⁶ s'appliqueront. À cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à leur accomplissement. En outre, des entretiens pourront être menés avec les personnes que l'équipe de la mission jugera utile de rencontrer.

À l'issue de la mission, un rapport nous sera remis dans un délai de trois 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.

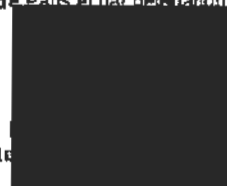
Toutefois, si les constats qui seront fait conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du code de l'action sociale et des familles, une proposition de mesures adaptées nous sera transmise dans les meilleurs délais.

Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé



de l'Ile-de-France
Adjointe

P/Le Maire de Paris et par délégation



Adjointe à l'

onomie

⁵ Art L.1421-3 CSP : « Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir sur place tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaires aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle.

Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal »

⁶ Art L.133-2 CASF : « Les agents départementaux désignés à cette fin par le président du conseil départemental ont compétence pour contrôler le respect, par les bénéficiaires et les institutions intéressées, des règles applicables aux formes d'aide sociale relevant de la compétence du département ».

Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH

EHPAD Maison de Retraite et de Gériatrie de la Fondation Rothschild

A partir du 17 juin 2024

Liste et relevé des documents à remettre à la mission conformément à l'article L1421-3 du code de santé publique

Documents à remettre dès que possible, et au plus tard en fin de matinée du jour 1:

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	Transmis O/N
A	Liste nominative des résidents par chambre admis à ce jour avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, et leur GIR, mention protection juridique (si possible <u>format EXCEL</u> et non pdf) ;	4 copies + sur clé USB	OUI
B	Liste nominative de l'ensemble des professionnels intervenant dans l'EHPAD avec leur fonction, affectation.	7 copies + sur clé USB	OUI
C	Organigramme nominatif de l'EHPAD	7 copies + sur clé USB	OUI
D	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de nuit) cette semaine, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	7 copies + sur clé USB	OUI (planning PDF sur 1 jour et 1 nuit)
E	Liste nominative des cinq derniers résidents décédés à remettre au médecin inspecteur	1 copie	OUI
F	Liste des résidents chuteurs au jour de l'inspection à remettre au médecin inspecteur	1 copie	OUI

A remettre dans les meilleurs délais:

N°	Nature du document demandé	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	Vérification transmission	Commentaires /Questions
I- Gouvernance et pilotage				
1	Projet associatif de la Fondation	Clé USB	OUI	
2	Organigramme direction générale de la Fondation	Clé USB	OUI	Par mail de la fondation
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD) et subdélégations le cas échéant, y compris pour direction par intérim.	Clé USB	OUI	
4	Autodiagnostic, dans le cadre de la négociation du CPOM en cours	Clé USB	OUI	
5	Projet d'établissement et projet de soins	Clé USB	OUI	Déjà à disposition de la mission

6	Dernier rapport d'évaluation interne	Clé USB	OUI	
7	Dernier rapport d'évaluation externe	Clé USB	OUI	
8	Plan d'amélioration continue de la qualité PACQ	Clé USB	OUI	
9	CR trois derniers COPIL qualité	Clé USB	OUI	
10	Résultat dernière enquête de satisfaction auprès des usagers et de leurs familles	Clé USB	OUI, résultat 2023	Résultat 2023 déjà à disposition de la mission
11	Rapport financier et d'activité détaillé du directeur pour l'ERRD 2023 (Art R. 314-232 CASF) et EPRD 2024	Clé USB	OUI	
II- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations				
12	Qualifications, diplômes et contrat de travail du directeur et directeur adjoint de l'EHPAD, du/des MedCo, du /des IDEC et psychologues	Clé USB	OUI	
13	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur et directeur adjoint de l'EHPAD, du/des MedCo, de/des IDEC et psychologues	Clé USB	OUI	
14	Feuille de route donnée à l'encadrement de l'EHPAD	Clé USB	NON	
15	Factures intérim mois M-3 à M-1	Clé USB	OUI	
16	Bulletins de paie de l'ensemble du personnel en fonction à l'EHPAD du mois M-3 à M-1	Clé USB	OUI	
17	Diplômes de tous les professionnels de nuit	Clé USB	OUI	
18	Diplômes de tout le personnel <u>soignant</u> salarié de jour(CDI, CDD et vacataires présents le mois M) : IDE, AS, ergothérapeute, psychomotricien, kiné, etc	Clé USB	OUI	
18 bis	Attestation des inscriptions à l'ordre pour les professionnels qui en dépendent (médecins, pharmaciens, infirmiers, kiné et podologue)	Clé USB	PARTIEL	Pas de dossier 18 bis mais présence des attestations de façon non systématique après le diplôme dans dossier 18.
19	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (tableau Excel et non pdf)	Clé USB	NON	
20	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Clé USB	OUI	5 procédures en fonction de la typologie du personnel et de la distinction jour/nuit
21	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Clé USB	OUI	
22	Calendrier des astreintes M-1 et M	Clé USB	OUI	
23	Trois derniers CR du CODIR EHPAD	Clé USB	OUI	Datés du 15 avril, 13 mai et 3 juin 2024

24	Procédure accueil nouveaux arrivants des professionnels	Clé USB	OUI	Avec spécification par bâtiment
25	Liste nominative des personnels CDI et CDD depuis janvier 24 jusqu'à ce jour (nature du contrat, quotité temps travail, fonction, affectation (service et jour/ nuit ; date entrée et sortie)	Clé USB	OUI	
26	Bilans sociaux 2022 et 2023 spécifiant les données relatives à l'absentéisme(arrêt maladie, turn over et accident du travail)	Clé USB	OUI	
27	Plannings des équipes de soins jour/nuit des 3 derniers mois, y compris mois en cours Précision de la légende des sigles et couleurs utilisés	Clé USB	OUI	
28	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Clé USB	PARTIEL	2022 et 2023 (incertitude sur le réalisé). Pas d'attestation
29	Dossiers des résidents : projets de vie et dossiers des résidents sortis (avec motifs de sortie sur les 6 derniers mois)	Consultation		
30	Dossiers RH des salariés	Consultation		
31	Les fiches de tâches <u>heuréés</u> (organisation du travail) des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	Clé USB	OUI	
32	Les conventions de stage des élèves et stagiaires présents le jour de la visite d'inspection	Clé USB	NON	
33	Copie des registres des délégués du personnel	Consultation		
34	Composition du CSE et CR du CSE 2023 et 2024	clé USB	OUI	Composition dans les CR
III- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bien-être				
35	Procédure d'élaboration et de révision des projets personnalisés (PVI)	Clé USB	OUI	Mise à jour de juin 2018
36	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI	Clé USB	NON	
37	Récapitulatif des événements indésirables depuis janvier 2023 jusqu'à ce jour, en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD et liste des RETEX-CREX-RMM-REMEDIÉS réalisés depuis le 1/1/2023.	Clé USB	OUI	
38	Protocole de signalement des événements indésirables au niveau de la structure et des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016) ; fiche support de déclaration	Clé USB	OUI	Déjà à disposition de la mission
39	Charte de confiance-non punitive à l'attention des salariés	Clé USB	OUI	
40	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	Consultation	OUI	
41	PV des dernières élections du CVS et coordonnées de ses membres et des représentants des familles plus CR des réunions des CVS du 1 ^{er} janvier 2024 jusqu'à aujourd'hui,	Clé USB	OUI	

42	Livret d'accueil	Clé USB	OUI	
43	Procédure d'accueil des nouveaux résidents	Clé USB	OUI	
44	Grille d'évaluation et d'examen (au regard de la pré-admission)	Clé USB	PARTIEL	Pochette de préadmission
44 bis	Dossiers de demandes d'admission sur les 6 derniers mois	Consultation		
45	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1 et M en cours 2022) ;	Clé USB	OUI	
45a	Extraction du journal appel malades de J-1 et de la nuit écoulée	Clé USB	OUI	
46	Plan Bleu	Clé USB	OUI	
47	Politique de promotion de la bientraitance et son plan d'action	Clé USB	OUI	
47a	Procédure en lien avec la promotion de la bientraitance	Clé USB	OUI	
IV- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante				
48	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne	Consultation	OUI	
49	Liste des procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Clé USB	OUI	
49a	Procédure de traçabilité administration/prise des médicaments	Clé USB	OUI	
49b	Procédure pour les modalités d'administration médicaments écrasés/Liste des médicaments écrasés	Clé USB	OUI	
49c	Procédure de délégation de la distribution des médicaments aux aides-soignants (jour et nuit)	Clé USB	OUI	
49d	Protocole spécifique pour l'aide à la prise de traitement par le personnel d'aide à la vie courante	Clé USB	OUI	Reco écrasement
49e	Livret thérapeutique ou liste des médicaments disponibles à l'EHPAD	Clé USB	OUI	
50	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé au titre de la continuité des soins (urgences / HAD / Soins palliatifs/Douleur), avec les services de psychiatrie, avec l'équipe mobile gériatrique (EMG), les réseaux de soins palliatifs...	Clé USB	OUI	
51	Contrats/conventions avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	Clé USB	OUI	
52	Rapport des commissions gériatriques et dates de réunions depuis 2022 jusqu'à ce jour.	Clé USB	NON	
53	RAMA 2023	Clé USB	OUI	Non finalisé plus RAMA 2022
54	Tous les rapports d'audits liés aux soins réalisés dans les 3 dernières années	Clé USB	OUI	

55	Liste détaillée de tous les protocoles de soins et copie des protocoles et/ou procédures de : préadmission et admission, accueil, bilan gériatrique, chute, douleur, pansements, soins palliatifs, fin de vie dénutrition, contentions, déshydratation, diabète insulino-dépendant, épilepsie.	Clé USB	OUI	
56	Procédure d'évaluation et de suivi des plaies et escarres	Clé USB	OUI	
57	Protocole de gestion des urgences médicales dont les urgences vitales	Clé USB	OUI	
68	Trois derniers CR de la commission des repas	Clé USB	OUI	
59	Ensemble des déclarations des chutes depuis le 1 ^{er} juin 2023	Clé USB	NON	
60	Bilan des contentions depuis 2023	Clé USB	PARTIEL	Recueil des indicateurs du suivi de la démarche qualité
61	Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD : nombre annuel de personnels et de résidents vaccinés. Bilan 2023.	Clé USB	OUI	Recueil des indicateurs du suivi de la démarche qualité
62	Procédure de transfert d'une unité à l'autre	Clé USB	NON	
V-La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins				
62	Contrats de location des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours	Clé USB	OUI	
63	Procédure de gestion des stocks	Clé USB	NON	
54	Procédure de gestion du linge (blanchisserie interne pour le linge des résidents)	Clé USB	OUI	
65	Procédure de recensement du linge des résidents	Clé USB	OUI	
66	Contrats de maintenance et de prestataires, hors soins	Clé USB	OUI	Nombreux++
67	Protocole sur le respect des textures (haché, mixé, normal) et des régimes	Clé USB	OUI	
AUTRES				
68	Menus sur le mois en cours	Clé USB	OUI	
69	Dernier projet d'animation et programmes d'animation des 3 derniers mois, y compris celui en cours.	Clé USB	OUI	
70	Trois derniers CR commission animation	Clé USB	PARTIEL	Celui du 30 mai 2023
71	CR des dossiers de maintenance depuis janvier 2023	Clé USB	OUI	
72	PV de la dernière commission de sécurité, si postérieure à 2021	Clé USB	OUI, 2024	Rapport de la commission de sécurité de 2021 déjà à disposition

A transmettre par envoi séparé à l'attention du Dr HENEGAR :

N°	Nature du document demandé	Commentaires/Questions
M1	Liste unique des résidents avec mention du poids à l'admission ainsi que des poids et de l'indice de masse corporelle, des valeurs de l'albuminémie, des régimes et textures et des compléments nutritifs oraux depuis le 01/06/2023.	Liste nominative
M2	Liste nominative des régimes des résidents avec mention des collations et des compléments nutritifs oraux	
M3	Liste nominative des médecins traitants des résidents et nombre de résidents ayant un médecin traitant	
M4	Liste anonymisée des résidents admis de mars à mai 2024 ayant une évaluation au moyen de l'échelle MMSE, ainsi que le nombre total des résidents admis sur cette période (format Excel)	Transmission des IPP des résidents évalués sur la période et du nombre total de résidents admis sur cette période de temps.
M5	Liste anonymisée des résidents admis de mars à mai 2024 ayant une évaluation au moyen de l'échelle NPI-ES, ainsi que le nombre total des résidents admis sur cette période (format Excel)	Transmission des IPP des résidents évalués sur la période et du nombre total de résidents admis sur cette période de temps.
M6	Liste anonymisée des résidents admis de mars à mai 2024 ayant une évaluation au moyen de l'échelle miniGDS ou Cornell, ainsi que le nombre total des résidents admis sur cette période (format Excel)	Transmission des IPP des résidents évalués sur la période et du nombre total de résidents admis sur cette période de temps.
M6	Liste anonymisée des résidents admis de mars à mai 2024 ayant une évaluation du risque suicidaire, ainsi que le nombre total des résidents admis sur cette période (format Excel)	Transmission des IPP des résidents évalués sur la période et du nombre total de résidents admis sur cette période de temps.
M7	Liste anonymisée des résidents admis de mars à mai 2024 ayant une évaluation au moyen de l'échelle Algoplus ou EVA, ainsi que le nombre total des résidents admis sur cette période (format Excel)	Transmission des IPP des résidents évalués sur la période et du nombre total de résidents admis sur cette période de temps.
M8	Liste anonymisée des résidents admis de mars à mai 2024 ayant une évaluation au moyen de l'échelle Norton ou Braden, ainsi que le nombre total des résidents admis sur cette période (format Excel)	Transmission des IPP des résidents évalués sur la période et du nombre total de résidents admis sur cette période de temps.
M9	Liste anonymisée des résidents admis de mars à mai 2024 ayant une évaluation au moyen de l'échelle MNA, ainsi que le nombre total des résidents admis sur cette période (format Excel)	Transmission des IPP des résidents évalués sur la période et du nombre total de résidents admis sur cette période de temps.
M10	Liste anonymisée des résidents admis de mars à mai 2024 ayant une évaluation au moyen de l'échelle de Tinetti ou du test Get up and go, ainsi que le nombre total des résidents admis sur cette période (format Excel)	Transmission des IPP des résidents évalués sur la période et du nombre total de résidents admis sur cette période de temps.

Annexe 3 Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue

- La directrice adjointe, chargée des finances, directrice par intérim de l'EHPAD MRG
- La responsable qualité et gestion des risques
- Le responsable des ressources humaines
- Une gestionnaire ressources humaines
- Les 3 MedCo
- Les 3 médecins clinicien gériatres
- Les 6 cadres de santé
- Les psychologues
- Usager et Président de CVS
- Des familles et des dames de compagnie
- Des IDE, intérimaires, fixes et vacataires et de nuit
- Des AS fixes et vacataires et de nuit
- Des AES
- Diététicienne
- Des ASH
- Responsable hôtellerie
- Responsable travaux et maintenance
- Pharmacien gérant
- Responsable achat, logistique et lingerie
- Responsable et gestionnaire des admissions
- Assistant de service social
- Magasinier
- Technicien
- Agents de lingerie
- Responsables cuisine
- Animatrice
- Art-thérapeute
- Représentants CSE

Annexe 4 : Données utilisées pour l'exploitation des statistiques médicales et de soins

Trois fichiers de données ont servi à la production de statistiques :

1. Le fichier relatif aux données administratives (e.g. âge, sexe, date d'admission, pôle accueillant le résident) et de dépendance (i.e. GIR) nommé « **fichier d'évaluation de la dépendance** », qui comporte quatre cent soixante-treize résidents, a été utilisé pour décrire la population accueillie.

2. Le fichier relatif aux données : de complétude des dossiers médicaux, de réalisation du bilan gériatrique, des prescriptions médicamenteuses, des chutes survenues lors de la dernière année, des prescriptions des contentions, du suivi nutritionnel, qui comporte cent vingt résidents, a été nommé « **fichier d'analyse des dossiers médicaux** ».

La méthode d'échantillonnage des 120 dossiers repose sur les principes suivants :

> Un tirage au sort a été utilisé pour identifier 100 résidents.

> 20 dossiers ont été choisis sur la base des 5 derniers décès survenus dans l'établissement quel que soit le pôle de leur prise en charge, et 5 dossiers par pôle de prise en soins selon les critères suivants :

Pour le pôle Ditzza-Rina :

1. Dossier du dernier résident admis ;
2. Dossier d'un résident présentant des troubles cognitifs ;
3. Dossier d'un résident sous contention ;
4. Dossier d'un résident épileptique ;
5. Dossier d'un résident faisant des chutes à répétition

Pour le pôle Malka :

1. Dossier du dernier résident admis ;
2. Dossier d'un résident présentant des troubles de la déglutition ;
3. Dossier d'un résident dénutri ;
4. Dossier d'un résident ayant une plaie ou un escarre ;
5. Dossier d'un résident en soins palliatifs ou en fin de vie.

Pour le Pôle Guila :

1. Dossier du dernier résident admis ;
2. Dossier d'un résident ayant une psychose ;
3. Dossier d'un résident diabétique insulinorequérant ;
4. Dossier d'un résident dénutri ;
5. Dossier d'un résident ayant une prescription « si besoin » de neuroleptique.

3. Le fichier relatif aux extractions des données permettant d'analyser : la prescription des contentions, le suivi nutritionnel, l'évaluation de certains éléments du bilan gériatrique, la prise en charge en kinésithérapie, la réfection des pansements, la prescription de neuroleptiques, qui comporte quatre cent quatre-vingt-six résidents, a été nommé « **fichier d'extraction des données** ».

A l'exception du fichier d'analyse des dossiers médicaux, les deux autres fichiers présentent une légère variation du nombre total de résidents inclus, car leurs données ont été extraites à un intervalle de quelques semaines, et la population accueillie au sein de l'EHPAD Rothschild n'était plus la même.

Annexe 5 : Focus sur la procédure de déclaration et traitement des événements indésirables de la MRG Rothschild :

La procédure de déclaration et de traitement d'un événement indésirable (Réf. : Procédure 001, version 9 du 12 février 2024), comporte deux parties, à savoir :

- L'organisation du signalement en interne :
 - o Déclaration d'un événement indésirable (EI) sur [REDACTED] ;
 - o Requalification des déclarations par le responsable qualité le cas échéant ;
 - o Organisation de GREX et REX selon le type/la gravité de l'EI survenu.
- Signalement des événements indésirables graves (EIG) :
 - o Signalement interne au directeur ou au cadre d'astreinte via le courriel d'astreinte ;
 - o Signalement externe à l'ARS des EIG relevant des onze thématiques (e.g. sinistres, événements météorologiques exceptionnels).

Sensibilisation des professionnels à la déclaration des EI

Deux fois par an la responsable qualité et gestion des risques organise des formations de sensibilisation à la déclaration des EI à tous les professionnels de l'EHPAD Rothschild. Des séances de formation ponctuelles sont organisées pour les nouveaux arrivants, ou lorsque les responsables de pôle de prise en soins considèrent qu'une sensibilisation est nécessaire pour leurs soignants. Ces formations de sensibilisation ont comme objectif l'appropriation par les professionnels des fonctions du logiciel [REDACTED], dont fait partie la classification des EI.

Signalement interne des EI

Le signalement interne des EI se réalise exclusivement par voie numérique, au moyen d'un formulaire de déclaration existant dans le logiciel [REDACTED]. Ce formulaire permet : d'identifier le déclarant, de localiser et de dater la survenue de l'EI au sein de l'EHPAD (e.g. pôle, étage, chambre), de définir le type d'EI (e.g. EI médicamenteux), de décrire l'événement survenu, sa fréquence de survenue et sa gravité. Une classification du type d'EI est prédéfinie dans ce logiciel. Celle-ci comporte deux grandes catégories : les EI relatifs aux soins, et les EI relatifs à la logistique et aux ressources humaines.

Une fois la déclaration d'EI achevée, le logiciel [REDACTED] génère automatiquement des courriels comportant les caractéristiques de l'EI survenu et les adresse :

- Aux responsables du pôle concerné (i.e. médecins, cadres de santé) ;
- Au responsable qualité ;
- A chacun des membres du CODIR.

Ces destinataires peuvent le cas échéant apporter des éléments complémentaires aux caractéristiques décrites pour chaque EI déclaré.

Les EI déclarés sont classés selon leur fréquence de survenue (échelle sur cinq niveaux) et leur gravité (échelle sur cinq niveaux) en plusieurs niveaux de criticité (Cf. Figure 3). Selon les déclarations entendues par la mission, pour les EI qui ont un niveau de sévérité supérieur à trois sur cinq, leur traitement est immédiat. La responsable qualité GDR contacte le déclarant et une réunion de type RETEX est organisée dans les suites immédiates de l'événement avec : le déclarant de l'EI, le médecin responsable du pôle, le cadre de santé du pôle, les membres de la direction.

FREQUENCE ET GRAVITE ESTIMEES PAR LE DECLARANT

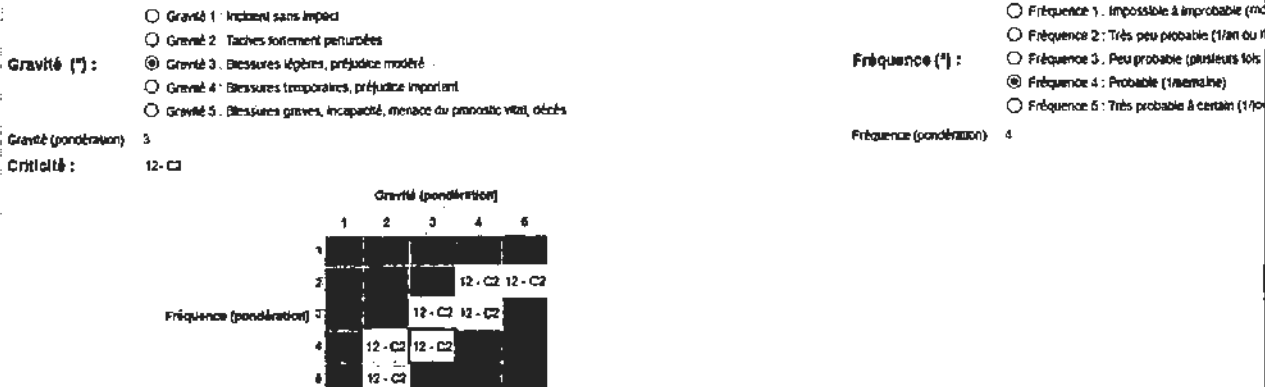


Figure 1. Classement des événements indésirables selon leur niveau de criticité

Pour les EI moins graves ou/et non répétitifs, leur analyse incombe, selon la thématique de chaque événement, aux médecins du pôle (e.g. problème de prise en charge médicale), aux cadres de pôle (e.g. problème de prise en charge en soins), à la responsable qualité. Selon les entretiens, ces EI sont souvent traités en réunion d'équipe hebdomadaire.

Une cellule d'EI trimestrielle est organisée par pôle de prise en soins, et permet pendant une heure d'analyser les EI des trois derniers mois. Cette réunion regroupe les soignants du pôle et la responsable qualité, et permet l'analyse des EI qui n'ont pas été encore traités. La responsable qualité élabore, à l'issue de chaque cellule d'EI trimestrielle, une fiche trimestrielle des déclarations survenues sur les trois derniers mois et des actions à mettre en place. Cette fiche trimestrielle des EI est affichée dans chaque poste de soins.

Le suivi de l'action à mettre en place est assuré par un pilote d'action, qui est nommé lors de l'analyse de l'EI. La fonction de ce pilote d'action varie selon le type d'EI déclaré (e.g. prise en charge de la douleur et le responsable du CLUD, EI médicamenteux et la pharmacienne). Le suivi des EI est transparent pour l'ensemble des professionnels de l'EHPAD, car Blue MEDI Santé permet de suivre « en temps réel » les étapes de réalisation des actions prévues à l'issue des analyses de chaque EI.

Les mesures correctives à moyen et long terme sont incluses dans le PACQ de l'établissement.