

Agence Régionale de Santé Île-de-France

Délégation départementale de Paris

Ville de Paris

Direction des solidarités

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) « Batignolles »**

Adresse 5 rue René Blum, 75017 PARIS

N° FINESS 750048357

RAPPORT D'INSPECTION

N°2024_IDF_00011

Contrôle sur place le 11 juillet 2024

Mission conduite par :

- Madame Dalhia ELENGA, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection, Délégation Départementale de Paris, ARS-Ile-de-France ;
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet inspection EHPAD, désignée personne qualifiée en application de l'article L.1421-1 du Code de la santé publique (CSP), Délégation Départementale de Paris, ARS-Ile-de-France ;
- Madame Marielle DACALOR, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;
- Madame Anne NIGEON, chargée, du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;

<u>Textes de référence</u>	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	14
1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation	14
Le statut juridique de la structure	14
Les conditions d'autorisation	14
Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)	15
Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA)	15
La population accueillie	16
1.2. Management et Stratégie	16
Le règlement de fonctionnement	16
Le règlement de fonctionnement : contenu	17
Le projet d'établissement	18
Le projet d'établissement : contenu	18
Le plan bleu	19
La direction, l'organigramme	19
Les CODIR / COMEX / COPIL	21
Les conflits entre direction et salariés	21
Relations Directeur/Gestionnaire	21
Directeur : contrat et prise de poste	22
Directeur : qualifications	23
Les astreintes administratives et techniques	23
La présence et le remplacement de la direction	24
Les délégations de signatures	24
Les subdélégations du directeur	25
L'IDEC	26
Le MédCo : temps de présence	26
Le MédCo : qualifications	26
Le MédCo : contrat	26
Les affichages	27
1.3. Animation et fonctionnement des instances	27
Le conseil de vie sociale (CVS) : organisation	27
Le CVS et les événements indésirables et dysfonctionnements	30
1.1. 30	
Les professionnels référents et responsable qualité	30
Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	31
L'évaluation et l'auto-évaluation	31
La politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance	32
Les situations de violence ou harcèlement	32
La déclaration des maltraitances	33
1.2. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	33
Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction	33
La procédure de déclaration des événements indésirables (EI)	34
La procédure de gestion des événements indésirables en PECD	34
Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience (RetEx) des EI	34
Déclaration et analyse des chutes.	35
Le signalement aux autorités administratives compétentes	36
2. Fonctions support	37
2.1. Gestion des ressources humaines	37
Les effectifs professionnels	37
Les contrats de travail	41
Le taux d'absentéisme	42
Les dossiers administratifs des professionnels	45
Les prestataires externes	47
Le plan de formation des professionnels	48
L'aide à la mobilité/mutation des agents	52
Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels	52
Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission) et questionnement éthique	53
Les plannings des professionnels : confection	53
Les plannings des professionnels : organisation	53

Les expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end	57
Les fiches de poste des professionnels	57
Les glissements de tâches	60
La gestion des absences prévues et imprévues	61
2.2. Gestion d'information	62
Les données statistiques de la structure	62
Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA)	62
Le registre des entrées et sorties des résidents	62
Les dossiers administratifs des résidents	63
Le support et le contenu des dossiers médicaux des résidents	63
Le stockage et la sécurisation des dossiers médicaux des résidents	63
2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	64
L'état général du bâtiment	64
Le suivi des réparations	64
Système et/ou salle de rafraîchissement	64
L'accessibilité PMR des locaux	64
Les équipements facilitant le déplacement	64
Équipement de prévention de la maltraitance	66
2.4. Sécurités	67
Les déchets ménagers (DAOM)	67
Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)	67
Les vaccinations des résidents et des professionnels	68
L'aide à la prévention des chutes	68
La prévention des fugues	68
Le système d'appels malades	69
3. Prises en charge	71
3.1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	71
Admission et entrée dans l'EHPAD	73
L'admission dans l'EHPAD	75
L'élaboration et le suivi des projets individuels d'accompagnement (PIA)	76
Les réunions de synthèse	76
Analyse des pratiques, échanges de bonnes pratiques dans le cadre de l'amélioration des prises en charge des résidents	77
Les médecins traitants	78
La complétude des dossiers médicaux	78
Les transmissions inter équipes	78
3.2. Respect des droits des personnes	79
La place des familles	79
La charte des Droits et Libertés des personnes accueillies	79
Les personnes qualifiées départementales	79
La personne de confiance des résidents	79
Les directives anticipées	80
Les contentions	80
L'identification des résidents (identitovigilance)	80
Les mesures de protection juridiques en cas d'incapacité de gestion et protection des biens*	80
Les mesures de protection des biens	80
3.3. Vie sociale et relationnelle	81
L'animation	81
3.4. Vie quotidienne. Hébergement :	83
Les chambres	83
Les enquête de satisfaction	84
L'alimentation :	85
Les régimes, textures	85
La gestion des fausses routes	85
La prévention de la dénutrition	85
Les mets de substitution	87
Les repas	87
Le suivi de l'état nutritionnel	90
L'aide aux repas, troubles de la déglutition	90
Les toilettes	92
Les changes	92

Les besoins en protections de recueil d'excréta	93
Le circuit du linge	93
3.5. Soins : L'organisation de la continuité des soins	93
Equipe pluridisciplinaires mobilisées pour la PEC des résidents	93
Organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins	93
La coordination du MédCo, de l'IDEC, du pharmacien	93
3.6. Soins : Les moyens pour la prise en soin	94
Le poste de soins	94
Les équipements du poste de soins	96
La sécurisation du poste de soins	97
Les projets de soins individualisés (PSI)	98
L'organisation du travail des nouveaux professionnels IDE, AS, AES, ... (nouveaux CDI/CDD, vacataires, intérimaires, stagiaires)	98
Les dossiers de liaison d'urgence (DLU)	99
Le chariot d'urgence	99
Le défibrillateur automatique externe (DAE)	100
Prévention, dépistage et protocole de gestion de la douleur	101
Les soins palliatifs	101
Les procédures et protocoles de soins	101
3.7. Soins : Les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins	102
La traçabilité des soins par les professionnels de l'EHPAD	102
Les pansements	102
Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs	102
3.8. Soins : Le circuit du médicament	103
La procédure du circuit du médicament	103
L'identitovigilance des résidents	104
L'identification des médicaments jusqu'à l'administration	104
Les moyens de transmissions entre l'EHPAD et l'officine en pharmacie	104
Le stock de médicament pour besoins urgents	104
Les stupéfiants	105
Les prescriptions médicales	106
La liste préférentielle de médicaments (LPM)	106
La retranscription des prescriptions dans le dossier médical	106
La dispensation des médicaments par l'officine en pharmacie	107
Médicaments : préparation des piluliers	107
La préparation des médicaments (hors piluliers)	107
Les locaux et les conditions de préparation des médicaments au sein de l'EHPAD	107
Le stockage des médicaments (stock individuel, chariot médicaments)	107
Les dates de péremption des médicaments	109
La liste des médicaments écrasables	109
La délégation de l'IDE de l'administration des médicaments	109
Traçabilité de l'administration des médicaments ou des motifs de non-administration	110
4. Relations avec l'extérieur	111
4.1. Coordination avec les autres secteurs	111
Convention avec un établissement de santé	111
Convention avec des intervenants libéraux	111
Convention avec l'hospitalisation à domicile (HAD)	111
Convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs	111
Autres conventions	112
Convention avec une officine en pharmacie	112
Les DAC	112
5. Récapitulatif des écarts et des remarques	113
5.1. Écarts	113
5.2. Remarques	114
6. Conclusion	118
7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	120

8. Annexes	122
Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle	122
Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH	124
Annexe 3 Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue	129

SYNTHESE

Données générales sur l'établissement			
Nom	BATIGNOLLES	Capacité hébergement permanent	116
Adresse	5 rue René Blum 75017 PARIS	Places habilitées aide sociale	Non
Arrondissement	75017 PARIS	Présence d'une UVP	12
Gestionnaire	EMEIS	Places en UHR	13
Statut Juridique	PRIVE LUCRATIF	Places en PASA	Non

CPOM en négociation

Éléments déclencheurs de la mission

Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC).

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode annoncée, associant conjointement l'ARS et le conseil départemental. L'analyse a porté sur les constats faits sur pièce et sur place. Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et a porté sur les thématiques suivantes :

- Gouvernance :
 - 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 budgétaire et financière
 - o Gestion d'information
 - o Bâtiments et espaces extérieurs et équipements
 - o Sécurité
- Prises en charge
 - o Organisation de la prise en charge
 - o Respect du droit des personnes
 - o Vie sociale et relationnelle
 - o Vie quotidienne. Hébergement
 - o Soins : L'organisation de la continuité des soins
 - o Soins : Les moyens pour la prise en soins
 - o Soins : Les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins
 - o Soins : Le circuit du médicament
- Relations avec l'extérieur
 - o Coordination avec les autres secteurs

L'équipe d'inspection n'a rencontré aucun obstacle dans la réalisation de sa mission et l'accueil de l'établissement était cordial.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission :

Présentation des écarts et remarques qui sont identifiés comme majeurs dans la prise en charge des résidents :

Les écarts :

- ✓ Les documents concernant le fonctionnement et l'organisation de l'organisme gestionnaire n'ont pas été présentés à la mission d'inspection.
- ✓ Le taux d'occupation est en dessous du seuil fixé par les autorités de tarification et de contrôle.
- ✓ L'approbation par signature des documents réglementaires par le CVS n'est pas recherchée.
- ✓ L'établissement ne dispose pas de procédure en cas d'agression des résidents.
- ✓ Une confusion dans la description des fiches et des tâches entre les AS et les IDE.
- ✓ Un glissement de tâches entre les AS et les IDE.
- ✓ L'absence de transmission des RETEX aux autorités et au CVS.
- ✓ L'absence de documents présentant le plan de formation du personnel.
- ✓ L'absence de plan de mobilité du personnel.
- ✓ L'absence de procédure de remplacement en cas d'absence.
- ✓ La tenue des dossiers administratifs des résidents n'est pas conforme à la réglementation en vigueur.
- ✓ L'absence de communication avec les familles.
- ✓ Un manque d'indications sur l'implication ou la participation des résidents au projet individuel personnalisé.
- ✓ Un manque de visibilité sur le suivi des PAP dans les dossiers administratifs.
- ✓ La protection des données médicales et confidentielles des résidents n'est pas garantie.
- ✓ La distribution des produits toxiques et des médicaments par les personnes non habilitées.

Les remarques :

- ✓ Les DUD ne sont pas publiées au sein de la direction.
- ✓ Il n'a pas été présenté à la mission un registre de plaintes et réclamations.
- ✓ La collation nocturne n'est pas de bonne qualité nutritive.
- ✓ Un manque d'informations concernant le schéma vaccinal des résidents dans le RAMA 2023.
- ✓ ETP ne sont pas pourvus.
- ✓ postes (IDE, AS, AV et AES) sont tenus par des agents en CDD.
- ✓ Plusieurs ETP ne sont pas pourvus concernant les AES et les IDE.
- ✓ Les intitulés de poste AES et AMP sont mal définis dans le tableau des ETP, ce qui engendre un risque de glissement des tâches.
- ✓ Une nécessité de recrutement d'IDE de jour et d'AS titulaires pour garantir une prise en charge de qualité des résidents.
- ✓ L'établissement présente des absences injustifiées au sein de l'établissement.
- ✓ Une absence de fiabilité des outils traçant les heures travaillées.
- ✓ Les procédures d'encadrement des médicaments et celle sur la PDA (Préparation des Doses à Administre) datent de plus de cinq ans.
- ✓ Les fiches de poste et les missions ne sont pas clairement différencierées entre les métiers.
- ✓ Les intitulés des fiches de poste (RUP, Organigramme, fiche de poste...) ne permettent pas une bonne compréhension du fonctionnement des équipes.
- ✓ La procédure de gestion et de rangement des médicaments existe mais elle n'est pas appliquée.
- ✓ Une absence de programmation de formation diplômante telle qu'aide-soignante dans le plan de formation.
- ✓ Une absence d'information quant aux contenu, durée des mini formations et nombre de salariés en ayant bénéficié.
- ✓ Une absence de temps d'échanges et de groupes d'analyse des pratiques professionnelles.
- ✓ Une absence de communication concernant l'aide à la mobilité des salariés.
- ✓ Une absence de traçabilité dans les dossiers du personnel de la remise du livret d'accueil aux nouveaux salariés.
- ✓ L'établissement ne dispose pas d'une procédure de remplacement en cas d'absence.
- ✓ Les médecins n'utilisent pas le logiciel de soins pour tracer les informations médicales.
- ✓ Les sacs poubelles à DASRI sur les chariots de médicaments sont utilisés comme sacs à DAOM.

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

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD « Batignolles » (FINESS 750048357) situé au 5 rue René Blum, 75017 PARIS, géré par « EMEIS », 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.

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

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le 11 juillet 2024, sur le mode inopiné.

Il a été réalisé conjointement par l'ARS et par le Conseil départemental de 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 :
 - Conformité aux conditions de l'autorisation
 - Management et Stratégie
 - Animation et fonctionnement des instances
 - Gestion de la qualité
 - Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- Fonctions support
 - Gestion des RH
 - Gestion budgétaire et financière
 - Gestion d'information
 - Bâtiments et espaces extérieurs et équipements
 - Sécurité
- Prises en charge
 - Organisation de la prise en charge
 - Respect du droit des personnes
 - Vie sociale et relationnelle
 - Vie quotidienne, Hébergement
 - Soins : L'organisation de la continuité des soins
 - Soins : Les moyens pour la prise en soins
 - Soins : Les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins

- Soins : Le circuit du médicament
- Relations avec l'extérieur
 - Coordination avec les autres secteurs

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 5 rue René Blum, 75017 PARIS, l'EHPAD « La résidence des Artistes de Batignolles » est géré par le groupe « EMEIS », située 12 rue Jean Jaurès 92800 Puteaux.

Ouvert en 2016, l'établissement est une résidence moderne comportant 9 niveaux dont 6 étages. La résidence « Les Artistes de Batignolles » dispose de 125 places réparties comme suit selon l'arrêté d'autorisation n° 2015-173 du 22 juin 2015 : 116 places permanentes (HP), 9 places d'hébergement temporaire (HT), dont 12 places en unité de vie protégé (UVP), et 13 places en unité de vie renforcé (UHR).

L'EHPAD « La résidence des Artistes de Batignolles » est conçu pour accueillir des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer.



L'EHPAD « La résidence des Artistes de Batignolles » présentait au 31/12/2023 une répartition suivante des résidents dont les 12 places en unité de vie protégé (UVP) :

Hébergement permanent : 116 places

Hébergement temporaire : 9 places

Il n'est pas habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale. Il a fait une demande d'habilitation à l'aide sociale.

En date du 31/12/2023, la résidence comptait résidents

Le jour de l'inspection, l'établissement comptait résidents dont une personne se trouvant aux urgences, une autre en sortie temporaire et une dernière en hospitalisation programmée. L'ensemble des résidents est en hébergement permanent et présente les GIR suivants :

GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Pas de GIR

Le GMP s'élève à 694 et le PMP à 3431. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en dessous des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés concernant le GMP.

La validation du GMP/PMP date du 15/10/2018

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

Les 83 résidents accueillis en 2023 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD N, 2023					
IDF ²					

Le jour de l'inspection, la distribution des unités est la suivante :

Étage/bâtiment	Type d'unité	Nombre de résidents accueillis	GIR moyen	GMP moyen
RDC UP	USA (UVP)			
2er	Classique			
3ème	Classique			
4ème	Classique			
5ème	Classique			
6ème	Classique			

Le budget de fonctionnement est de 3 078 651,66€ en 2023, dont 119 060,92 € au titre de l'hébergement et 2 959 590,74 € au titre du soin.

L'établissement n'est pas encore sous CPOM et les négociations engagées ont été suspendues. Il n'y a pas de perspective calendaire d'une mise en route de celui-ci.

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	La résidence des Artistes de Batignolles
Nom de l'organisme gestionnaire	EMEIS
Numéro FINESS géographique	750048357
Numéro FINESS juridique	750832701
Statut juridique	Privé lucratif

² ARSIF, TDB de la performance Campagne 2016, EHPAD

Option tarifaire	Partiel		
PUI	NON		
		Autorisée	Installée ³
	HP	116	116
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF	HT	13	13
	UVP	12	12
	UHR	13	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0		

	Année 2018		
PMP Validé	15/08/2018		
GMP Validé	15/08/2018		

Constats

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

³ Au jour du contrôle sur place

1. Gouvernance

1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	N°LUGNE	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>La résidence des Batignolles est un établissement relevant du secteur privé lucratif du groupe Emeis. Anciennement Groupe ORPEA, le gestionnaire a récemment changé la dénomination de son groupe en devenant le Groupe Emeis.</p> <p>Les statuts du gestionnaire Emeis ont été mis à jour le 25 juin 2024, avec la nouvelle dénomination et présentés à la mission. Les autorités de tarification en ont été informées.</p> <p>Les documents liés au fonctionnement et à l'organisation administratif du gestionnaire n'ont pas été présentés à la mission. Il n'y a aucun document présentant les instances dirigeantes du gestionnaire : le conseil d'administration, le président d'association ou le PDG, les modalités et les conditions de leur élection.</p> <p>Écart 1: L'établissement n'a pas présenté à la mission d'inspection les documents concernant le fonctionnement et l'organisation de l'organisme gestionnaire, conformément aux articles L312-1 6^e et L313-1, 4^e alinéa du CASF.</p>
1.1	1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Les conditions d'autorisation</u>	<p>L'EHPAD est autorisé par un arrêté conjoint n° 2015-173 du 22 juin 2015, pour 125 places reparties ainsi : 116 places d'hébergement permanent, une unité de vie protégé (UVP) de 12 places et une unité de vie renforcée (UHR) de 13 places et 9 places en hébergement temporaire.</p> <p>Le PV de conformité a été signé le 21 janvier 2016 concernant l'hébergement classique et temporaire ainsi que l'UVP.</p> <p>Concernant l'UHR, un PV de non-conformité a été délivré le 12 février 2019 pour défaut de file active et de personnel nécessaire pour le fonctionnement d'une telle unité. A date, cette unité ne fonctionne pas et l'établissement n'a pas relancé la procédure afin de la rendre fonctionnelle. Il n'a pas présenté une nouvelle demande de conformité de l'UHR alors que les crédits alloués étaient utilisés.</p> <p>Selon les données fournies par l'établissement inscrites dans le RAMA, le 31/12/2023, la résidence comptait résidents avec un taux d'occupation de un taux en dessous du seuil fixé par les autorités de tarification.</p>

La répartition est ainsi présentée au 31/12/2023 :

	Places installées	Places autorisées
HP	116	116
HT	13	13
UVP	12	12
UHR	0	13

Le jour de l'inspection, il comptait ... résidents avec un taux d'occupation de ... Le taux d'occupation est en dessous du seuil de 95% fixé par les autorités de contrôle.

Ecart 2 : Le taux d'occupation est en dessous du seuil fixé par les autorités de tarification et de contrôle, ce qui n'est pas conforme aux articles L313-4 CASF, D313-15 CASF et D312-155-0-2 du CASF.

1.1	1.1.3	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)</u>	L'établissement n'a pas encore signé de CPOM avec les autorités de contrôle et de tarification. Les négociations engagées ont été suspendues. A date, aucun calendrier n'a été prévu.
1.1	1.1.4	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA)</u>	La direction de l'établissement avait présenté aux autorités de contrôle un dossier de candidature pour la création d'une unité d'hébergement renforcé (UHR.) Un avis favorable de 13 places a été émis à la suite de cette candidature avec une décision de labellisation conjointe actée le 3 octobre 2012. Un PV de non-conformité a été établi le 13/01/ 2019 du fait principalement de l'absence de file active et de personnel nécessaire au fonctionnement de l'unité. Une nouvelle demande n'a pas été présentée par l'établissement pour lever la non-conformité malgré l'allocation des ressources financières.

1.1	1.1.5	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>La population accueillie</u> <p>Profil des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Age moyen au 31/12/2023 : 89 ans - Femme : soit 77,11% - Homme : soit 22,89% <p>La durée moyenne de séjour au 31/12/2023 est de : 26 mois</p> <table border="1"> <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></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EHPAD N, 2023</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>IDF⁴</td><td>10,5%</td><td>46,6%</td><td>18,5%</td><td>15,8%</td><td>6,8%</td></tr> </tbody> </table> <p>Le nombre de personnes en protection juridique n'a pas été communiqué dans les documents fournis par l'établissement.</p>	Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6	EHPAD N, 2023						IDF ⁴	10,5%	46,6%	18,5%	15,8%	6,8%
Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6																
EHPAD N, 2023																					
IDF ⁴	10,5%	46,6%	18,5%	15,8%	6,8%																

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	<u>Le règlement de fonctionnement</u>	<p>Le règlement de fonctionnement écrit en janvier 2021 est affiché dans un classeur au niveau de l'accueil. Rien n'indique que celui-ci ait fait l'objet d'une consultation du CVS.</p> <p>La consultation des dossiers administratifs des résidents montre que le règlement de fonctionnement n'est pas systématiquement remis aux résidents.</p> <p>Le règlement de fonctionnement contient les dispositions obligatoires prévues dans le CASF.</p> <p>Celui-ci se trouve dans un classeur au niveau de l'accueil, coincé entre le mur et le bureau de l'accueil, de telle sorte que sa consultation n'est pas aisée.</p> <p>Écart 3: L'établissement n'a pas présenté de documents indiquant que le CVS a été consulté sur le règlement de fonctionnement, ce qui contrevient à l'article L311-7 du CASF.</p>

⁴ ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				 <p>Remarque 1 : Les affiches obligatoires sont dans un classeur au niveau de l'accueil, mais ne sont pas aisément accessibles car ce classeur est coincé entre le mur et le bureau d'accueil.</p>
1.2	1.2.2	Management et Stratégie	<u>Le règlement de fonctionnement : contenu</u>	<p>Le règlement de fonctionnement se trouve dans le livret d'accueil. Il définit les droits et les obligations des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les principales modalités concrètes d'exercice des droits (droits et libertés des résidents, respect de la dignité et intégrité, respect de la vie privée, de l'intimité et de la vie familiale, la liberté d'opinion et d'échanges des idées, la liberté civique et du culte, confidentialité des données et droits d'accès au dossier médical, libre choix du médecin, la protection secrète de la correspondance et la liberté d'aller et venir) ; - les conditions d'admission, de vie collective et quotidienne ; - l'organisation et l'affectation des locaux à usage privé et collectif ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation ; - les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens (ces mesures de sécurisation sont intégrés dans le plan bleu) ;

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<ul style="list-style-type: none"> - les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ; - les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement ou le service lorsqu'elles ont été interrompues ; - les règles essentielles de la vie collective ; - les mesures prises en cas de manquement aux obligations. <p>Il décrit également les modalités d'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral au sein de l'établissement. Ce règlement de fonctionnement répond aux normes réglementaires. Il a été élaboré par la direction et présenté aux instances représentatives du personnel ainsi qu'au Conseil de la vie sociale.</p>
1.2	1.2.3	Management et Stratégie	<u>Le projet d'établissement</u>	<p>Le projet d'établissement a été rédigé et couvre la période 2023-2028. Il est indiqué dans le document que le projet d'établissement « est élaboré avec la participation des parties prenantes ». Sa rédaction a associé les familles, le personnel sur la base de groupes de travail et une communication a été faite au CVS du 07/07/21 qui, selon les termes du document, sera associé à son évaluation.</p> <p>Il n'est pas inscrit dans le projet que cette communication équivaut à une validation du CVS.</p> <p>Il a été présenté dans le document la méthode de mise en place du projet d'établissement. Cette méthode a consisté à faire les appels à candidature, à recruter les personnels intéressés pouvant contribuer à la rédaction du projet.</p> <p>Le projet d'établissement n'est pas signé par l'organisme gestionnaire et il n'est pas possible de connaître sa date de validité même si une période est inscrite sur le projet.</p> <p>Écart 4 : Le projet d'établissement n'est ni validé par le CVS, ni signé par l'organisme gestionnaire, ce qui est contraire aux dispositions l'article L311-8 du CASF.</p>
1.2	1.2.4	Management et Stratégie	<u>Le projet d'établissement : contenu</u>	<p>Le projet d'établissement est rédigé pour la période 2023-2028 tel qu'indiqué sur la couverture du document. Dans son contenu, il comprend différents volets conformément à la loi du 4 mars 2002. Il présente l'établissement, son organisation et son fonctionnement. Il présente également :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le projet institutionnel, -Le projet de vie, -Le projet d'animation, -Le projet de soins, -Les prises en charge spécifiques,

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>-Le projet social.</p> <p>Le projet met en avant les actions de lutte contre la maltraitance et fait la promotion de la bientraitance. Il présente aussi une démarche éthique dans les pratiques professionnelles. Il met également en exergue la politique d'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles et la maîtrise des risques.</p>
1.2	1.2.5	Management et Stratégie	<u>Le plan bleu</u>	<p>Le plan bleu a été rédigé le 29 mai 2024 et est adapté à la structure. Il correspond aux besoins de la structure. Il y est indiqué dans une présentation préliminaire le lieu de mise à disposition du plan bleu : « Lieu de mise à disposition du Plan bleu dans l'établissement : accueil à proximité du RS sécurité + bureau du directeur ».</p> <p>Dans sa forme, la structure y est bien présentée et identifiée ainsi que le nombre des résidents et les modalités de prise en charge en cas de survenue des risques.</p> <p>Dans son contenu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le rappel du cadre réglementaire du plan bleu. - L'organisation, le plan de sécurité de l'établissement, le plan de continuité d'activité, la cellule de crise, l'accueil des victimes et les modalités de reprise d'activité. Tous les aléas ou les risques sont décrits dans le plan Bleu. - La description des procédures afférent à chaque risque. - Les mécanismes de partenariats et de réseaux. - Les équipements et le matériel pour faire face aux risques. - Les mesures énergétiques et le traitement en cas de risques infectieux. - Les numéros d'urgence et prioritaires sont inscrits dans le plan bleu. <p>Le Plan bleu est mis en œuvre à partir d'une cellule de crise qui comprend les cadres et membres de la direction.</p> <p>Le plan bleu est conforme à la législation en vigueur car il contient tous les éléments prévus par la réglementation.</p>
1.2	1.2.6	Management et Stratégie	<u>La direction, l'organigramme</u>	<p>La directrice exerce un pouvoir fonctionnel et hiérarchique sur le personnel, sauf pour les cadres de la direction qui relève du siège. L'organigramme présenté ne décrit pas les différents ETP des membres de la direction.</p> <p>Remarque 2 : L'organigramme ne présente pas les ETP, mais est affiché dans le classeur à l'accueil et disponible.</p> <p>L'établissement est géré par une directrice en poste depuis</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Un organigramme est affiché dans le classeur à l'accueil de la résidence. Il présente l'ensemble des salariés, leurs noms mais les ETP n'y sont pas inscrits.</p> <p>L'organigramme montre les liens hiérarchiques et fonctionnels de la directrice avec les salariés de l'établissement. Concernant les liens de la Directrice avec les cadres de la direction, il est précisé dans la fiche de poste de la directrice qu'elle ne signe pas les contrats des cadres de la direction qui relèvent directement du siège. Aussi, ces liens ne s'analysent pas comme liens hiérarchiques mais de collaboration.</p> <p style="text-align: center;">ORGANIGRAMME</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2	1.2.7	Management et Stratégie	<u>Les CODIR / COMEX / COPIL</u>	<p>Tous les lundis à 14h, il est tenu un CODIR auquel assiste les cadres de la direction : Adjointe de direction, Responsable de maintenance, Animateur (poste vacant), Médecin coordonnateur, Assistante de direction, référent AS, Chef de cuisine.</p> <p>La directrice tient régulièrement tous les matins à 10h des réunions brèves afin de se tenir informer du quotidien de son établissement. Ces réunions ne donnent pas lieu à des comptes rendus.</p>
1.2	1.2.8	Management et Stratégie	<u>Les conflits entre direction et salariés</u>	<p>Le climat social est bon dans l'ensemble. Le personnel est fidèle et très engagé.</p> <p>La direction déplore un absentéisme dû à une répétition d'accidents de travail occasionnant des arrêts de travail.</p> <p>Il y a également des postes vacants.</p> <p>Il n'y a pas d'intérimaire car il existe un Pool de vacataire interne à l'établissement. Les documents concernant ces vacataires n'ont pas été présentés à la mission d'inspection.</p> <p>La Directrice fait état d'un climat fragile avec les familles. Cette fragilité est due selon la direction aux changements successifs de l'équipe de direction, en particulier des directeurs. Il y a eu 3 directeurs en 3 ans avant son arrivée, ce qui a altéré la mise en place d'un climat serein entre la nouvelle directrice et les familles. Cette fragilité se manifeste par une méfiance des familles à l'égard de la direction et une absence d'une méthode de mise en place d'un dialogue constructif.</p> <p>Remarque 3 : Les relations entre la direction et les familles sont fragilisées par un manque de dialogue constructif.</p>
1.2	1.2.9	Management et Stratégie	<u>Relations Directeur/Gestionnaire</u>	<p>La direction a des liens étroits et formalisés avec le siège. Plusieurs réunions formalisées sont programmées avec le siège :</p> <ul style="list-style-type: none"> -1 fois par mois, est tenu un CODIR en distanciel ou en présentiel, organisé à tour de rôle dans un EHPAD du groupe et les comptes rendus sont accessibles sur le serveur commun du gestionnaire. -1 fois par semaine, est tenue une réunion avec le Directeur Régional sur des sujets divers. <p>La directrice a été accompagnée dans sa prise de fonction et s'entretient avec la direction régulièrement en cas de besoin.</p> <p>Elle indique que l'organisme gestionnaire est disponible et l'accompagne dans son travail par l'intervention des services supports de l'organisme gestionnaire. Ainsi par exemple, il est également précisé dans la fiche de poste que pour « L'ensemble de ces missions, Le Directeur de L'EHPAD travaille en collaboration avec Les services supports d'ORPEA »</p>

N°IGAS	N°LIGRE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>(Direction Qualité, Direction Médicale, Direction Ressources Humaines, Service Restauration, Direction des Travaux ...), sous la responsabilité de la Direction Générale ».</p> <p>Dans la fiche métier de la Directrice signée le 2/10/2023 est présenté dans un schéma indiquant le positionnement de l'association. Il permet de voir les différents liens fonctionnels et hiérarchiques de la Directrice au sein de l'association.</p> <pre> graph TD subgraph Hiérarchique [Liens hiérarchiques] DD[DIRECTEUR DE DIVISION] --> DR[DIRECTEUR REGIONAL] DR --> DE[DIRECTEUR(E) EXPLOITATION] DE --> CR[COLLABORATEURS DE LA RESIDENCE] end subgraph Fonctionnel [Liens fonctionnels] DE --- RFP[Residencia Familles Proches] DE --- F[Fournisseurs] DE --- CRD[Commissions de la Résidence] DE --- S[Siège] DE --- RE[Relations extérieures] DE --- EQ[Équipe Qualité] DE --- T[Tutelle] DE --- ML[Médecins libéraux Paramédicaux en libéral] DE --- MLL[Médecins libéraux Paramédicaux en libéral] end </pre>
1.2	1.2.10	Management et Stratégie	Directeur : contrat et prise de poste	<p>La directrice est en poste après un parcours en interne au poste de direction au sein de l'organisme gestionnaire..</p> <p>Elle dispose d'une délégation signée conjointement avec le gestionnaire le 2/10/2023. Ces missions sont en cohérence avec cette délégation.</p> <p>Il est indiqué dans cette délégation, en note préliminaire que « <i>En lien hiérarchique et fonctionnel avec le Directeur Régional, le Directeur de l'EHPAD met en œuvre les actions qui lui sont confiées pour atteindre les objectifs qualitatifs et quantitatifs fixés par la Direction Générale d'ORPEA</i> ».</p> <p>Cette délégation est descriptive et exhaustive, couvrant ainsi tous les champs d'un directeur d'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conduire la définition et la mise en œuvre du projet d'établissement, • Gérer et animer les ressources humaines, • Assurer la gestion budgétaire, financière et comptable, • Coordonner les relations avec les institutions et intervenants extérieurs.

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Parmi les missions décrites dans la lettre de mission de la directrice concernant la gestion des ressources, il est indiqué que la Directrice a la compétence de :</p> <p>Signer les contrats des salariés non-cadres ;</p> <p>Réaliser des entretiens annuels dévaluation et de développement des compétences ainsi que les entretiens professionnels de chaque salarié de l'EHPAD conformément aux procédures en vigueur.</p> <p>Elle indique également que le rôle de la Directrice est aussi de « mettre en œuvre les procédures disciplinaires décidées après validation de la Direction Régionale ».</p> <p>Les missions et la délégation de la directrice sont conformes.</p>
1.2	1.2.11	Management et Stratégie	<u>Directeur : qualifications</u>	<p>Cette certification est du niveau 7, enregistré au RNCP.</p> <p>Le diplôme et la certification de la directrice sont conformes à la réglementation en vigueur.</p>
1.2	1.2.12	Management et Stratégie	<u>Les astreintes administratives et techniques</u>	<p>L'établissement a transmis un document intitulé « <i>Politique à appliquer en matière d'astreinte d'encadrement au sein de la SA ORPEA</i> » contenant les volets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> -champ d'application et catégorie de personnel concernés par l'astreinte, -périodicité et durée de l'astreinte, -programmation et information des salariés concernés, -indemnisation des périodes d'astreinte, -remémoration des temps d'intervention, -articulation des astreintes avec le repos obligatoire quotidien et hebdomadaire, -modalités de suivi des interventions d'astreinte, -les astreintes supports. <p>Il s'agit d'une procédure d'astreinte administrative qui s'applique à l'ensemble des établissements du groupe Eméis.</p> <p>L'établissement a mis en pratique cette organisation en l'adaptant à ses besoins. Les astreintes sont exercées par toute l'équipe de la direction. Il s'agit d'astreintes téléphoniques de 24/24h par roulement de 5 personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directrice,

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<ul style="list-style-type: none"> • Adjointe de direction, • IDEC, • Gouvernante, • Soignante référente, • Assistante de direction. <p>Il n'y a pas d'informations sur les astreintes techniques.</p> <p>Le médecin ne fait pas les astreintes médicales. En cas de besoin, le personnel s'adresse directement à l'astreinte administrative ou appelle directement les services de secours.</p> <p>Remarque 4 : L'établissement n'a pas fourni d'informations ou de documents sur les astreintes techniques.</p>
1.2	1.2.13	Management et Stratégie	<u>La présence et le remplacement de la direction</u>	<p>L'établissement a transmis un protocole intitulé « <i>Conduite à tenir pour la continuité de la fonction de direction</i> » dont l'objet est de définir la conduite à tenir pour assurer une continuité en cas d'absence de la direction avec les principes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Désignation d'un référent formé et choisi par ordre de priorité (adjoint de direction, assistant de direction, directeur d'astreinte) ; -Nom et coordonnées du référent affiché à l'accueil de l'établissement ; -En cas de défaillance de ces personnes précitées, le directeur régional devra être contacté, à défaut le directeur des opérations médico-sociales ou le directeur médico-social ORPEA France.
1.2	1.2.14	Management et Stratégie	<u>Les délégations de signatures</u>	<p>Les DUD sont conformes à la réglementation en vigueur. Elles sont signées par le gestionnaire et la directrice.</p> <p>Le contenu correspond aux missions confiées au directeur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conduire la définition et la mise en œuvre du projet d'établissement, - Gérer et animer les ressources humaines, - Assurer la gestion budgétaire, financière et comptable, - Coordonner les relations avec les institutions et intervenants extérieurs. <p>Il n'est pas indiqué si ce document a été communiqué au conseil d'administration ni s'il a été publié au sein de l'administration.</p> <p>Ecart 5 : L'établissement n'a pas présenté à la mission les documents montrant que les DUD ont été publiés au sein de la direction conformément à l'article D315-70 CASF.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2	1.2.15	Management et Stratégie	<u>Les subdélégations du directeur</u>	<p>La Directrice adjointe bénéficie d'une subdélégation signée le 31/01/2024. Elle lui donne le pouvoir de gérer les actes du quotidien et de signer certains documents tels qu'énumérés limitativement dans la subdélégation. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les contrats de séjour et/ou avenants et documents annexes d'admission (état des lieux etc.), les registre des déces, les fiches de dépôt et retrait des espèces et objets, les courriers de réclamations résidents, familles, tuteurs les contrats de travail et/ou avenants des salariés non-cadres (CDD et CDI), les attestations Pôle Emploi (fin de contrat d'un salarié), signature des autorisations d'absences des salariés (également des congés payés, congés payés, RU, événement familial, les évaluations de fin période d'essai, les courriers divers RH et sanctions disciplinaires, les fiches de présence des salariés, les plannings mis à l'affichage, entretiens annuels et professionnels des salariés. <p>En pratique, elle est en charge des ressources humaines, en lien avec l'assistante de direction : la gestion planning et les remplacements, les dossiers de salariées, l'organisation des visites médicales.</p> <p>L'évaluation est faite avec la directrice et les demandes de formation sont présentées à la directrice.</p> <p>Le diagramme illustre les relations organisationnelles. Sur la gauche, une hiérarchie linéaire est représentée par un flux vertical de boîtes: DIRECTEUR DE DIVISION → DIRECTEUR REGIONAL → DIRECTEUR REFERENT + DIRECTEUR(TRICE) ADJOINT EXPLOITATION → COLLABORATEURS DE LA RESIDENCE. Sur la droite, un cercle central nommé "DIRECTEUR(TRICE) ADJOINT EXPLOITATION" est relié à diverses entités par des flèches: Résidents Familles Proches, Fournisseurs, Commissions de la Résidence, Sége, Rotations extérieures, Équipe Qualité, Tuteurs, et Médecins Soignants Paramédicaux en libéral.</p>

1.2	1.2.16	Management et Stratégie	<u>L'IDEC</u>	<p>L'IDEC n'a pas de certification en tant que cadre, mais exerce cette mission depuis complet.</p> <p>Elle est titulaire d'un diplôme d'infirmier d'état</p> <p>Elle dispose d'une fiche poste signée avec la direction</p>	avec un temps
1.2	1.2.17	Management et Stratégie	<u>Le MédCo : temps de présence</u>	<p>Le médecin a été embauché et occupe les fonctions de médecin coordonnateur depuis . Il dispose d'un contrat signé à temps plein par les deux parties. Il dispose d'une fiche métier signée par les deux parties et n'assure pas les astreintes médicales.</p>	
1.2	1.2.18	Management et Stratégie	<u>Le MédCo : qualifications</u>	<p>Les diplômes du médecin coordonnateur sont conformes à la réglementation. Il est titulaire d'un diplôme en médecine</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacité en médecine générale, - Capacité de médecine en gérontologie. 	
1.2	1.2.19	Management et Stratégie	<u>Le MédCo : contrat</u>	<p>Le médecin a été embauché par l'organisme gestionnaire pour exercer dans d'autres établissements de l'organisme gestionnaire. Il a été affecté à la Résidence « Les Batignolles ». Il dispose d'un contrat signé à temps plein par les deux parties et d'une fiche métier signée par les deux parties il est titulaire d'un diplôme en médecine</p> <p>Selon le contrat et la fiche métier, il assure la coordination des soins dans la résidence. Il n'est pas le médecin traitant des résidents.</p>	Il est titulaire d'un

1.2	1.2.20	Management et Stratégie	<u>Les affichages</u>	<p>Les affichages obligatoires sont à disposition à l'accueil dans un classeur et sont conformes à la réglementation. L'emplacement du classeur n'est pas à la portée des personnes diminuées physiquement ou à mobilité réduite.</p>  <p><u>Photo 1 : Classeur affichage obligatoire</u></p>
-----	--------	-------------------------	-----------------------	--

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	<u>Le conseil de vie sociale (CVS) : organisation</u>	<p>Le règlement de fonctionnement de l'établissement indique que conformément aux dispositions du décret n°2004-487 du 25 mars 2004, modifié par le décret n°2005-1367 du 2 novembre 2005, qu'il existe, au sein de la Résidence, un Conseil de la Vie Sociale composé majoritairement de représentants des résidents et de leur famille, élus respectivement par les usagers et les familles, selon les modalités fixées par ledit décret qui est tenu à la disposition du Résident.</p> <p>Il est rapporté dans le PV du CVS N°1 du 10/01/2024, la mise en place du CVS et qu'une élection du président et de son suppléant a été réalisée</p> <p>Les réunions du CVS sont tenues 3 fois par an, conformément à l'article D. 311-16 du CASF.</p> <p>Le CVS est composé ainsi (membres élus) :</p> <ul style="list-style-type: none"> -3 représentants des personnes accompagnées, -2 représentants des familles ou proches aidants, -1 représentant des représentants légaux et/ou mandataires judiciaires à la protection des personnes accompagnées,

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>-1 représentant des bénévoles, titulaire, -2 représentants des professionnels de l'établissement. -1 représentant des bénévoles, titulaire, Le président du CVS est le représentant des personnes accompagnées</p> <p>Les membres non élus ne sont pas mentionnés : le représentant de l'organisme gestionnaire et le médecin coordonnateur.</p> <p>La mission constate l'absence du représentant de l'organisme gestionnaire. Celui-ci est représenté par la directrice de l'établissement tel que spécifié les comptes rendus du CVS.</p> <p>Écart 6 : La composition du CVS n'est pas conforme à l'article D311-5 du CASF.</p> <p>La séance suivante du CVS a eu lieu le 05/04/2024 et la prochaine a été programmée au 04/07/2024.</p> <p>Toutes les séances du CVS ont été consignées dans des procès-verbaux et co-signés par le président du CVS et la directrice.</p> <p>Écart 7 : Les relevés de conclusions du CVS sont cosignés par la directrice, ce qui contrevient à l'article D311-20 du CASF.</p> <p>Les ordres de jours traitent de questions diverses. Il n'est pas indiqué dans les CR du CVS de sujets nécessitant ou pas un vote du conseil.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p style="text-align: center;">PROCES VERBAL du Conseil de Vie Sociale du 5 avril 2024</p> <p>Ordre du jour</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présentation de la synthèse du rapport de la Haute Autorité de Santé qui a eu lieu en juin 2023 - Point sur l'organisation intérieure : basculement du standard, problématique médicaments, départ d'un résident - Présentation de l'enquête de satisfaction 2023 - Procédure sur les soins palliatifs - Point énergie - Point sur les projets de travaux et d'équipements à venir - Point sur l'organisation des Jeux Olympiques - Point sur les événements indésirables graves et ceux liés aux soins, sur les réclamations et plaintes, les témoignages et remerciements - Entretien et maintenance du bâtiment et des extérieurs - Fournitures des prestations hôtelières - Questions diverses <p>Ordre du jour de la séance programmée le 4 juillet 2024 sur la base de la convocation adressée aux membres du CSV le 13 juin 2024 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Point sur la réparation des lèves-malades (3 sur 4 ne fonctionnent pas) • Etudier la possibilité de proposer des animations alternatives à la messe du mercredi matin • Point sur le nettoyage des rideaux et des voilages • Point sur le nettoyage des vitres • Point sur les serviettes de toilettes qui doivent être changées quotidiennement • Point sur les projets de travaux et d'équipements à venir • Point sur l'organisation des JO et horaires de la Fan Zone • Point sur les événements indésirables graves et ceux liés aux soins, sur les réclamations et plaintes, les témoignages et remerciements • Point sur la livraison des médicaments homéopathiques

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<ul style="list-style-type: none"> • Questions diverses » <p>Il n'est pas mentionné l'existence d'un règlement intérieur du CVS.</p> <p>Écart 8 : Le CVS ne dispose pas d'un règlement intérieur comme le mentionne l'article D311-19 du CASF.</p> <p>Écart 9 : Il n'est pas prouvé à la mission que le règlement de fonctionnement de l'établissement a reçu l'aval du CVS conformément à l'article D311-15 du CASF .</p>
1.3	1.3.2	Animation et fonctionnement des instances	<u>Le CVS et les événements indésirables et dysfonctionnements</u>	<p>Il est précisé dans la fiche de procédure des EI intitulée « signalement externe d'un événement indésirable grave (EIG/EIGS) » que les EIG/EIGS et P/A afférents doivent faire l'objet d'un suivi notamment lors des réunions du CVS. L'établissement a présenté les bilans de 2022 et 2023 des EIG au CVS de mars 2023 et a fourni des explications sur la définition des EIG et les conditions de leur déclaration.</p>

1.1.

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>La directrice de l'EHPAD est garante de la qualité des prestations. Elle est aidée dans cette mission par la directrice qualité, qui est la responsable qualité de l'organisme gestionnaire et dénommée « référent qualité régionaux ». Il y a aussi l'IDEC régionale qui participe à la démarche qualité de l'EHPAD.</p> <p>Le médecin coordonnateur, l'IDEC et l'AS référente sont aussi des promoteurs de la qualité-gestion des risques, des porteurs de sens au niveau du soin et de l'hygiène.</p> <p>La psychologue et la psychomotricienne par des mini-formations dispensées aux soignants portent également la dynamique qualité aux Batignolles tous les mercredis.</p> <p>Aucun des agents désignés n'est formé aux méthodes de l'amélioration de la qualité.</p> <p>Remarque 5 : L'établissement ne forme pas ses agents sur les outils d'amélioration de la qualité et n'a pas de référent qualité en interne.</p>

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>Il existe un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) qui est classé par onglet. Un onglet « évaluation HAS » et un nommé « évaluation réglementaire ». Ce PACQ est tenu à jour. L'avancement « partiel » ou « total » de l'atteinte de l'objectif est tracé.</p> <p>La Mission inspection n'a pas reçu de document prouvant l'existence et le fonctionnement d'un COPIL qualité. Aucun compte-rendu sur un COPIL qualité pluridisciplinaire existant au sein de la structure n'a été fourni bien que cité à plusieurs reprises dans le projet d'établissement (PE).</p> <p>En conclusion du projet qualité, un objectif est fixé : « <i>poursuivre les dispositifs mis en place pour suivre la démarche qualité</i> » et comme action à mener « <i>faire vivre le COPIL de la démarche qualité tous les 6 mois reprenant les plans d'actions à moyen et long terme</i> ».</p> <p>La Mission inspection n'a pas eu en sa possession d'éléments probants sur la qualité des prestataires externes concernant le linge et le bionettoyage. Aucun audit ou objectif n'est cité dans le PACO. Dans le compte-rendu du CVS du 10 janvier 2024, il est dit que des « <i>indicateurs de qualité sont mesurés régulièrement sur l'ensemble des activités de la résidence par des audits internes et d'organismes externes...</i></p> <p><i>Les rapports des audits sont disséqués par la direction du groupe comportent un retour d'évaluation à l'établissement avec des actions à entreprendre pour satisfaire aux standards qualité définis par le groupe ...</i></p> <p>Dans les différents compte-rendu des CVS, un point qualité est fait : présentation de procédures, présentation des résultats de l'enquête de satisfaction, de la synthèse du PE.</p> <p>Écart 10 : Ne pas évaluer les prestations effectuées en sous-traitance contrevient à l'article L312-8 du CASF.</p>
1.4	1.4.3	Gestion de la qualité	<u>L'évaluation et l'auto-évaluation</u>	<p>La dernière évaluation externe HAS date des 20 et 21 juin 2023 a été transmise à la mission d'inspection.</p> <p>Cf point 1.4.2</p>

N°IAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
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>La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est formalisée dans le PE dans le chapitre « démarche éthique ». Il est précisé la définition de la bientraitance ainsi que les types de maltraitance notamment les violences physiques ou morales.</p> <p>L'établissement s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance", la loi du 04 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé, la charte de la personne accueillie et de la personne âgée dépendante pour élaborer sa politique de promotion de la bientraitance.</p> <p>Il n'existe pas de procédure de signalement en cas d'agression.</p> <p>Dans le plan de formation 2022, une formation de formateur en prévention de la maltraitance a été budgétée. Dans les plans de formation 2023 et 2024, une formation aux principes éthiques et bientraitance a été prévue pour former chaque année un référent bientraitance. Dans le PE, il est dit que trois référents bientraitances sont nommés et formés.</p> <p>Il est également annoncé dans le PE que le numéro d'ALMA, le 3977 est disponible à l'accueil dans un classeur regroupant toutes les informations obligatoires. Il est difficilement accessible pour des personnes âgées, à mobilité réduite.</p> <p>Une affiche du groupe « un cadre de référence, éthique et responsable, pour exercer nos métiers en toute confiance » est affichée dans la salle de repos u personnel.</p> <p>Le médecin dans le cadre de ses missions participe à la démarche éthique et déontologique de l'établissement.</p> <p>Remarque 6 : Le numéro d'Alma n'est pas affiché dans les lieux de passage des résidents. Il est à disposition dans le classeur à l'accueil, mais n'est pas facilement accessible aux usagers.</p>
1.4	1.4.5	Gestion de la qualité	<u>Les situations de violence ou harcèlement</u>	<p>La mission n'a aucune information sur ce sujet. Aucune situation de la sorte n'a été évoquée avec le personnel.</p> <p>Une affiche avec le numéro de téléphone et le site internet d'« anti discriminations» est affichée dans la salle de repos du personnel.</p>

N°GAB	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.4	1.4.6	Gestion de la qualité	<u>La déclaration des maltraitances</u>	<p>Il n'existe pas de procédure de signalement en cas d'agression. Il est en revanche indiqué dans l'objet de la procédure de signalement d'un EIG la conduite à tenir « <i>lors de la survenue de tout dysfonctionnement grave dans la gestion ou l'organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers...pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées...</i> »</p> <p>Dans le PE, un point « <i>lutte permanente contre la maltraitance</i> » est développé. La définition de la maltraitance y est mentionnée.</p> <p>Écart 11 : L'établissement ne dispose pas de procédure de signalement en cas d'agression, ce qui est aux L119-1 CASF, L 331-8-1 et R331-8 du CASF.</p>

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

N°GAB	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>	<p>Chaque année une enquête de satisfaction est réalisée par mail et sur papier. En 2023 le taux de participation à cette enquête était supérieur à 70%.</p> <p>Dans le PE, il est dit qu'au niveau du groupe, le département qualité « ... gère le baromètre de satisfaction annuel ... ». Il n'est pas possible de vérifier la corrélation entre les données de ce baromètre et les objectifs indiqués dans le PACQ donné par l'établissement.</p> <p>Les séances du CVS abordent certaines thématiques. Lors de la réunion du 05 avril 2024 des thématiques relatives à qualité et à la gestion des EIG, des EIGS, des réclamations et des plaintes ont été abordées. Sont également exposées les thématiques sur la baisse de satisfaction de la restauration, la procédure sur les soins palliatifs demandés par les membres du CVS.</p> <p>Un cahier de suggestions et de réclamations concernant les années 2023 et 2024 est à la disposition des résidents et de leurs proches à l'accueil dont le contenu est décrit ainsi : composition du document sous forme de tableau (4 colonnes) : date ; Nom (facultatif) ; Suggestion ; Commentaire du Directeur. La colonne commentaire du Directeur n'est quasiment jamais complétée.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.5	1.5.2	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<u>La procédure de déclaration des évènements indésirables (EI)</u>	<p>Plusieurs outils sont à la disposition des personnels pour déclarer les évènements indésirables en toute confiance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La charte de confiance, - Une fiche réflexe remise à chaque nouvel arrivant, - Un petit guide édité en juillet 2023 expliquant pourquoi déclarer et comment le faire sur le portail qualité avec les identifiants habituels. <p>Ce document n'est pas joint au livret d'accueil des vacataires IDE ni la fiche réflexe.</p> <p>Lors de la visite d'inspection, une vacalaire a montré à la mission qu'il lui est impossible de déclarer un évènement indésirable sur le portail qualité.</p> <p>Une partie des AS ne savent pas que la déclaration d'EI ne concerne pas uniquement les soins malgré des mini-formations sur les EI dispensées dans l'établissement et elles ne savent pas ce qu'est un EIG. La mission n'a pas eu le contenu de la mini-formation sur les EI-EIG.</p> <p>La directrice déclare les EIG quand ils se présentent et fait un point sur les EIG en CVS.</p> <p>Les EIG sont analysés en interne et sont validés par le service juridique, par le service qualité et le MedCo régional qui retravaillent sur les termes de la déclaration. Ils demandent si besoin des compléments d'informations pour plus de précisions à la directrice de l'EHPAD. Cette intervention est vécue comme une aide.</p>
1.5	1.5.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<u>La procédure de gestion des évènements indésirables en PECM</u>	<p>Il n'existe pas de procédure spécifique de déclaration des évènements indésirables en ce qui concerne la prise en charge médicamenteuse. La procédure intitulée « Signalement externe d'un signalement indésirable grave (EIG-EIGS) permet de signaler tous les évènements graves. Elle reprend la définition d'un EIG et d'un EIGS (événement indésirable associé aux soins) ainsi que les MDO (maladies à déclaration obligatoire)</p> <p>Cette procédure stipule : « ...NB1 : pour les erreurs médicamenteuses sans effet, les EIG en lien avec la matériovigilance et la pharmacovigilance, retranscrire les données dans le portail de signalement des évènements sanitaires indésirables. NB2 : Pour les erreurs médicamenteuses sans effet, les adresser en parallèle à l'ARS et au CD... »</p>
Aprocédure inti	1.5.4	Gestion des risques, des crises et des	<u>Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience (RefEx) des EI</u>	<p>Dans cette même déclaration, il est indiqué que le RETEX d'un EIG ou d'un EIGS doit se faire dans le mois suivant. Tout le processus est décrit : les personnes « ressource » qui participent à l'analyse des causes de l'évènement et la programmation d'un PAQ (plan d'amélioration de la qualité).</p> <p>Pour les EIGS, la réalisation des objectifs d'amélioration de la prise en soin doivent être atteints dans les trois mois au maximum.</p>

N°IGAS	N°LIGRE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		événements indésirables		<p>S'il n'est pas explicitement cité dans la procédure que des retours sont faits aux déclarants, il est clairement dit que « ... les EIG/EIGS et P/A afférents doivent faire l'objet d'un suivi notamment lors des réunions d'équipes pluridisciplinaires, des réunions staff direction, du CVS, des COPILs de la démarche qualité... (Cf. compte-rendus de réunions) les EIG... ».</p>
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 toutes déclarées dans [redacted]. Une procédure de « prévention, gestion et analyse des chutes » et une procédure « en cas de chutes » de 2019 décrivent la prise en soin du résident potentiellement « chuteur » ou ayant chuté. Dans [redacted] un tableau de suivi des chutes est tenu à jour depuis 2021. Celui-ci indique que le nombre des chutes est plutôt en baisse depuis mars 2023.</p> <p>Le taux de chutes en 2024 est inférieur à 19% au 11 juillet 2024 contre 22,6% en février 2023, taux le plus élevé depuis janvier 2021. Le taux le plus faible est à 6% en juin. Il s'agit du taux le plus bas depuis janvier 2021. Ceci peut poser la question d'une sous-déclaration des chutes sur le mois.</p> <p>Dans le RAMA 2023, une extraction de [redacted] a également été réalisée pour présenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le nombre de personnes cibles à risque, - Le pourcentage de résidents ayant chuté dans l'année : 63,08 et le nombre de chutes dans l'année : 235 - Le pourcentage de chutes ayant conduit à l'hospitalisation du résident : 7,66. <p>Il y est également indiqué que « ...depuis décembre 2023, mise en place d'un comité des chutes et contentions tous les mercredis matin avec la présence de deux kinésithérapeutes, de la psychomotricienne, de l'IDEC, de l'AS référente et du médecin coordinateur. Analyse de l'ensemble des chutes de la semaine et prévisions d'actions systématique (médical, kinésithérapeutique ou de matériel) »</p> <p>Remarque 7 : Dans le RAMA, il est impossible d'analyser les chiffres des chutes d'une année à l'autre par manque d'informations corrélées au GIR des résidents, au nombre des résidents ayant eu un Timed up and go et au nombre de ces résidents « chuteurs » dénutris.</p> <p>Remarque 8 : Il n'existe pas de compte-rendu du comité chute.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.5	1.5.6	Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	<u>Le signalement aux autorités administratives compétentes</u>	<p>Lors d'un EIG-EIGS, la direction déclare l'évènement à l'ARS et au Conseil Départemental.</p> <p>La Mission inspection n'a pas notion de signalement au Procureur de la République.</p> <p>La Mission inspection n'a pas reçu de RETEX de l'EHPAD.</p> <p>Écart 12 : Ne pas transmettre de RETEX aux autorités compétentes à la suite d'un EIG-EIAS contrevient à l'article R1413-67 à 73 du CSP.</p>

2. Fonctions support

2.1. Gestion des ressources humaines

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires												
2.1	2.1.1	Gestion des ressources humaines	<u>Les effectifs professionnels</u>	<p>Effectifs :</p> <p>Le registre unique du personnel (RUP) comporte les éléments d'identification des salariés (nom, prénom, date de naissance), les dates d'entrée et de sortie, la nature du contrat et prévoit l'enregistrement du numéro de titre de séjour pour les salariés concernés. D'après le RUP, l'établissement compte [REDACTED] salariés.</p> <p>La liste du personnel (pdf non daté comprenant une annexe datée de juillet 2024) fait apparaître [REDACTED] salariés.</p> <p>Le rapprochement du RUP, de la liste du personnel, de l'organigramme (non daté) et des entretiens met en évidence des incohérences. Pour exemple, le RUP comporte une adjointe de direction et une directrice adjointe, une assistante de direction et une secrétaire de direction, trois secrétaires alors que l'organigramme fait état d'une directrice adjointe, une assistante de direction et deux secrétaires. Le rapprochement n'a pu se faire pour le personnel soignant et les agents de service car l'organigramme ne mentionne ni le nom, ni le nombre d'agent et les plannings ne comportent pas toujours le nom de famille des agents. L'absence de suivi régulier du RUP contrevient à l'article L.1221-13 du code du travail.</p> <p>La Mission inspection a fait le choix d'utiliser la liste du personnel, qui se rapproche le plus de l'organigramme, pour l'étude des effectifs.</p> <p>Remarque 9 : Le Registre Unique du Personnel n'est pas tenu à jour</p> <p>Remarque 10 : L'organigramme de l'établissement n'est pas daté.</p> <p>Selon la liste du personnel remise, l'établissement compte [REDACTED] agents. La majorité des salariés est en contrat à durée indéterminée ([REDACTED] salariés). Selon leurs fonctions, ils se répartissent de la façon suivante :</p> <table border="1"><thead><tr><th>Répartition du personnel</th><th>CDI</th><th>CDD</th><th>Total</th></tr></thead><tbody><tr><td>Accompagnant Educatif et Soc. (AES)</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td></tr><tr><td>Agent de Maintenance</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td></tr></tbody></table>	Répartition du personnel	CDI	CDD	Total	Accompagnant Educatif et Soc. (AES)	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Agent de Maintenance	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Répartition du personnel	CDI	CDD	Total													
Accompagnant Educatif et Soc. (AES)	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]													
Agent de Maintenance	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]													

N°SASI	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
			<p>Agent Hôtelier</p> <p>Aide Medico Psychologique (AMP)</p> <p>Aide Soignant(e) Diplôme (AS)</p> <p>Animatrice (teur)</p> <p>Assistant(e) Direction</p> <p>Auxiliaire de Vie (AV)</p> <p>Commis de cuisine</p> <p>Cuisinier(e)</p> <p>Cuisinier(e) Chef</p> <p>Directeur(trice) Adjoint</p> <p>Directrice Exploitation</p> <p>Infirmier(e) Diplômée d'Etat (IDE)</p> <p>Médecin Coordinateur</p> <p>Plongeur</p> <p>Psychologue</p> <p>Psychomotricien(ne)</p> <p>Responsable Hôtelier(e)</p> <p>Secrétaire</p> <p>Serveur</p> <p>Total</p>	

Ce tableau confirme ce qui a été dit à la Mission lors des entretiens :

- « Il y a des postes en CDI vacants chez les soignants et notamment les IDE » ;
- « Il manque de personnel stable connaissant les habitudes et les besoins des résidents ».

Il est à noter que parmi les IDE en CDI, l'une est sur un poste d'IDEC, deux sont de nuit, aussi il ne reste IDE fixe en journée.

Remarque 11 : Les intitulés de poste AES et AMP, présents sur la liste du personnel, ne sont pas déclinés dans le tableau des ETP. En l'absence de cohérence des intitulés de poste, la mission s'interroge sur la répartition des effectifs.

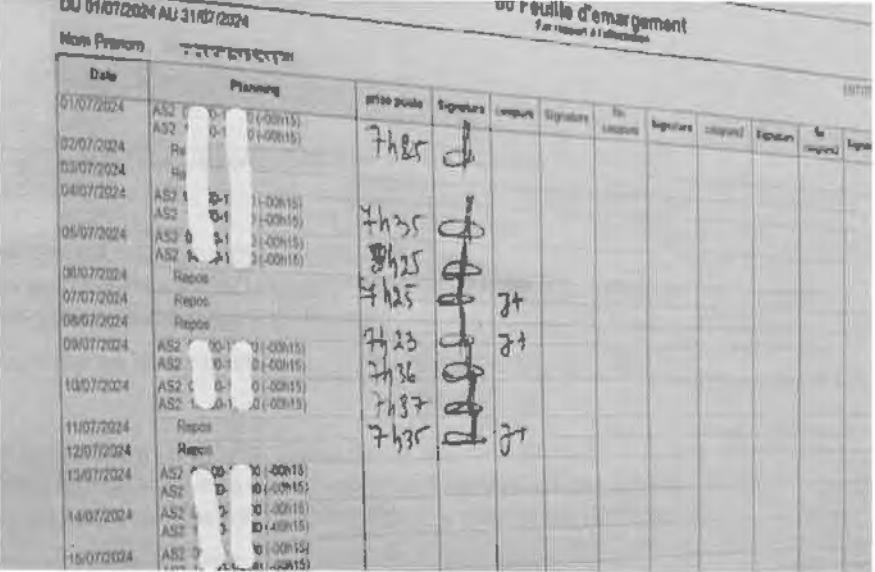
N°IAS	N°UGIEZ	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																																																					
				<p>L'établissement a transmis un tableau des ETP datant de juillet 2024.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>METIER</th> <th>ETP Pourvus</th> <th>ETP non pourvus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Agent de maintenance</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Aide-soignant</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Animateur</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AS Référente</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Assistante de Direction</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Auxiliaire de vie</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>chef de cuisine</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>commis de cuisine</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>cuisinier</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Directeur Exploitation</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Directrice Adjointe</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>IDE</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>IDEC</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MEDCO</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Plongeur</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Psychologue</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Psychomotricienne</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Responsable hôtelière</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>second de cuisine</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Secrétaire</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Serveur</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Total</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Le tableau des ETP pourvus mentionne _____ aides-soignants, _____ AVS et _____ AES ou AMP.</p> <p>La liste du personnel transmise comporte _____ aides-soignants (dont _____ cdi), _____ AVS (dont _____ cdi), _____ AES (en cdd) et _____ AMP (dont _____ cdi). Les incohérences des intitulés de poste entre le tableau des ETP pourvus et la liste du personnel interroge la Mission sur la répartition des tâches entre les différents professionnels.</p>	METIER	ETP Pourvus	ETP non pourvus	Agent de maintenance			Aide-soignant			Animateur			AS Référente			Assistante de Direction			Auxiliaire de vie			chef de cuisine			commis de cuisine			cuisinier			Directeur Exploitation			Directrice Adjointe			IDE			IDEC			MEDCO			Plongeur			Psychologue			Psychomotricienne			Responsable hôtelière			second de cuisine			Secrétaire			Serveur			Total		
METIER	ETP Pourvus	ETP non pourvus																																																																							
Agent de maintenance																																																																									
Aide-soignant																																																																									
Animateur																																																																									
AS Référente																																																																									
Assistante de Direction																																																																									
Auxiliaire de vie																																																																									
chef de cuisine																																																																									
commis de cuisine																																																																									
cuisinier																																																																									
Directeur Exploitation																																																																									
Directrice Adjointe																																																																									
IDE																																																																									
IDEC																																																																									
MEDCO																																																																									
Plongeur																																																																									
Psychologue																																																																									
Psychomotricienne																																																																									
Responsable hôtelière																																																																									
second de cuisine																																																																									
Secrétaire																																																																									
Serveur																																																																									
Total																																																																									

N°IAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Remarque 12 : L'absence d'harmonisation des intitulés de poste au sein des différents documents (RUP, Organigramme, fiche de poste...) ne permet pas une bonne compréhension du fonctionnement de l'établissement.</p> <p>Ecart 13 : ETP ne sont pas pourvus. postes (IDE, AS, AV et AES) sont tenus par des agents en CDD. Le manque de stabilité du personnel intervenant auprès des résidents impacte la qualité de la prise en charge ce qui contrevient à l'article L311-3 1° CASF.</p>
				<p>Ratio d'encadrement</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p><i>Evaluation quantitative des effectifs soignants présents (critères CPOM) : nb d'ETP rémunérées correspond aux besoins (basée sur formule utilisée dans les CPOM pour déterminer le financement)</i></p> $\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{GMP établissement validé})}{\text{nb d'ETP (AS + AES)}} = R_{RGMP}$ <p><i>Si RGMP > 3200 => nb ETP AS/AES est insuffisant</i></p> $\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{PMP établissement validé})}{\text{nb d'ETP IDE}} = R_{RPMP}$ <p><i>Si RPMP > 4300 => nb ETP IDE est insuffisant</i></p> </div> <p>Les critères retenus prennent en compte la dernière coupe AGGIR/PATHOS validée pour définir la charge en soins et dépendance de l'établissement et le nombre de places en hébergement permanent autorisées.</p> <p>Le nombre de salarié est issu de la liste du personnel fournie par l'établissement (un salarié en CDI considéré 1 ETP).</p> <p>Les fonctions d'auxiliaires de vie ne font pas partie de l'équipe décrite à l'article D.312-155-0, II du CASF. Les auxiliaires de vie en CDI ne sont pas prises en compte dans ce calcul.</p> <p>Selon ces critères, les effectifs IDE d'une part et AS/AES/AMP d'autre part sont en quantité insuffisante. Le ratio RGMP s'élève à 4 237 et le RPMP à 9 947 pour une capacité d'hébergement permanent de 116.</p>

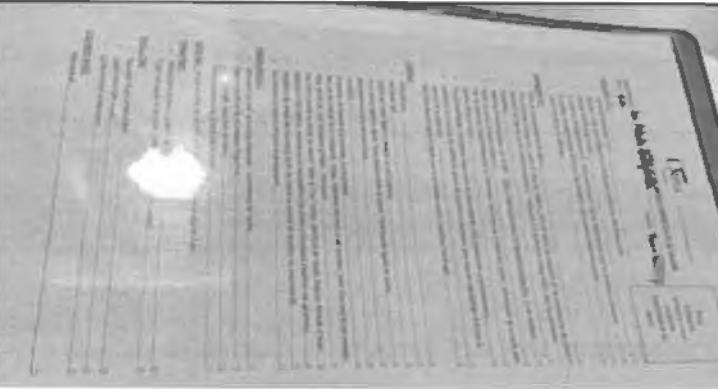
N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires										
				<p>Ecart 14: Les ratios présentés par l'établissement en IDE, ne répondent pas aux besoins d'accompagnement des résidents, ce qui contrevient aux L311-3 1^o CASF et L311-3 3^odu CASF.</p>										
2.1	2.1.2	Gestion des ressources humaines	<u>Les contrats de travail</u>	<p>Contrats de travail</p> <p>La procédure d'embauche d'un nouveau salarié et d'intégration de 2019 mentionne l'existence d'un pool de remplaçants. Les entretiens évoquent un pool de vacataires. Aucun document transmis n'a permis de confirmer l'existence d'un pôle de remplaçants ou d'un pool de vacataires.</p> <p>L'établissement a recours à des agents en CDD pour pallier les postes non pourvus ainsi que les absences. Un contrat de professionnalisation profil administratif a été accueilli de 2020 à 2021 et un contrat d'apprentissage profil animation de 2020 à 2022.</p> <p>A la date de l'inspection, l'établissement compte CDD soit % des effectifs.</p> <p>Au jour de l'inspection, l'établissement enregistre 603 CDD pour l'année 2024.</p> <div style="text-align: center;"> <p>Répartition des postes vacants occupés par des CDD</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Pourcentage (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AVS/ASH</td> <td>~45%</td> </tr> <tr> <td>ASD/AES</td> <td>~35%</td> </tr> <tr> <td>IDE</td> <td>~10%</td> </tr> <tr> <td>Cuisine / Animation</td> <td>~10%</td> </tr> </tbody> </table> <p>■ AVS/ASH ■ ASD/AES ■ IDE ■ Cuisine ■ Animation</p> </div>	Catégorie	Pourcentage (%)	AVS/ASH	~45%	ASD/AES	~35%	IDE	~10%	Cuisine / Animation	~10%
Catégorie	Pourcentage (%)													
AVS/ASH	~45%													
ASD/AES	~35%													
IDE	~10%													
Cuisine / Animation	~10%													

N°IGAS	N°LIGHE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																																																																																																																															
				<p>La Mission note que pour l'année 2023 et le début d'année 2024, ce sont les postes ASD, AES, AVS et ASH qui requièrent le plus un recours aux CDD. Les CDD recrutés entre le 1er janvier 2024 et la date de l'inspection représentent 10% des effectifs ASD/AES et 10% des effectifs AVS/ASH.</p> <p>Le jour de l'inspection, d'après le planning transmis, l'équipe de soin compte 13 soignants et 2 IDE de jour : 4 soignants de nuit et aucune IDE de nuit. Les 4 soignants de nuit sont en CDI.</p> <p>La répartition des soignants de jour est la suivante :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Etage</th> <th rowspan="2">Pas de SIR d'entrée</th> <th rowspan="2">SIR 1</th> <th rowspan="2">SIR 2</th> <th rowspan="2">SIR 3</th> <th rowspan="2">SIR 4</th> <th rowspan="2">SIR 5</th> <th rowspan="2">SIR 6</th> <th rowspan="2">Nbr résident</th> <th rowspan="2">Commentaire</th> <th colspan="3">Personnel présent le 11/07/2024</th> </tr> <tr> <th>Nbr d'agent</th> <th>CDD</th> <th>CDI</th> <th>Moyenne résidents/ agents</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2ème étage classique</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>dt grands dépendants</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>2ème étage grand dépendant</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>dt grands dép</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>2ème étage temporaire</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>dt grands dép</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>3ème étage</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>dt grands dép</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>dème étage</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>dt grands dép</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>5ème étage</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>dt grands dép</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>6ème étage</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>dt grands dép</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>RDC UP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>dt grands dép</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Total général</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Proportion</td> <td>,</td> <td>%</td> <td></td> <td>%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Plus de 60% des soignants en poste le jour de l'inspection sont en CDD. L'ancienneté n'a pu être identifiée avec certitude car les plannings ne comportent pas systématiquement le nom de famille des agents.</p> <p>100% des IDE présentes le jour de l'inspection sont en CDD. L'une effectue son premier jour dans l'établissement et l'autre est en poste depuis le 1er juin 2024 (missions ponctuelles d'1 à 5 jours depuis 2022).</p> <p>Remarque 13 : Le recrutement d'IDE de jour et d'AS en CDI est indispensable pour garantir une prise en charge de qualité des résidents et la cohésion des équipes.</p>	Etage	Pas de SIR d'entrée	SIR 1	SIR 2	SIR 3	SIR 4	SIR 5	SIR 6	Nbr résident	Commentaire	Personnel présent le 11/07/2024			Nbr d'agent	CDD	CDI	Moyenne résidents/ agents	2ème étage classique									dt grands dépendants				20	2ème étage grand dépendant									dt grands dép				20	2ème étage temporaire									dt grands dép				20	3ème étage									dt grands dép				20	dème étage									dt grands dép				20	5ème étage									dt grands dép				20	6ème étage									dt grands dép				20	RDC UP									dt grands dép				20	Total général									Proportion	,	%		%
Etage	Pas de SIR d'entrée	SIR 1	SIR 2	SIR 3											SIR 4	SIR 5	SIR 6	Nbr résident	Commentaire	Personnel présent le 11/07/2024																																																																																																																															
					Nbr d'agent	CDD	CDI	Moyenne résidents/ agents																																																																																																																																											
2ème étage classique									dt grands dépendants				20																																																																																																																																						
2ème étage grand dépendant									dt grands dép				20																																																																																																																																						
2ème étage temporaire									dt grands dép				20																																																																																																																																						
3ème étage									dt grands dép				20																																																																																																																																						
dème étage									dt grands dép				20																																																																																																																																						
5ème étage									dt grands dép				20																																																																																																																																						
6ème étage									dt grands dép				20																																																																																																																																						
RDC UP									dt grands dép				20																																																																																																																																						
Total général									Proportion	,	%		%																																																																																																																																						
2.1	2.1.3	Gestion des ressources humaines	Le taux d'absentéisme	<p>Taux d'absentéisme</p> <p>Pour la campagne 2022 (sur les données 2021) :</p> <p>-Pour l'absentéisme : 10,10% (médiane départementale 12,01% / régionale 12,21% / nationale 11,94%).</p>																																																																																																																																															

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																																																																																												
				<p>Pour la campagne 2023 (sur les données 2022) :</p> <p>-Pour l'absentéisme :  % (médiane départementale 10,32% / régionale 11,76% / nationale 12,1%).</p> <p>Le taux d'absentéisme de l'établissement est dans la norme pour les campagnes 2022 et 2023.</p> <p>Les entretiens nous apprennent qu'il y a beaucoup d'arrêt maladie, beaucoup d'accident de travail avec ou sans arrêt.</p> <p>Le jour de l'inspection il est précisé qu'un agent d'accueil, la responsable hôtelière, un agent de restauration et un soignant sont en congés maladie. Les plannings remis indiquent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 absences pour maladie (MAL) : 2 aides-soignants et 1 AMP ; • 4 absences pour accident de travail (AT) : 1 AS référente, 1 IDE de nuit, 2 AV ; • 1 absence injustifiée chez le personnel hôtelier. <p>Absences injustifiées</p> <p>L'étude des plannings des mois de mai, juin et juillet met en évidence un nombre important de jours d'absences injustifiées (ABS).</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Equipe jour</th> <th>Etage</th> <th>Nbr de jour</th> <th>Nbr salariés</th> <th>CDD</th> <th>CDI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mai  jours d'ABS</td> <td>usa</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Juin  jours d'ABS</td> <td>usa</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Juillet  jours d'ABS</td> <td>usa</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Equipe jour	Etage	Nbr de jour	Nbr salariés	CDD	CDI	Mai  jours d'ABS	usa						2						3						4						5						6					Juin  jours d'ABS	usa						2						3						4						5						6					Juillet  jours d'ABS	usa						2						3						4						5				
Equipe jour	Etage	Nbr de jour	Nbr salariés	CDD	CDI																																																																																																											
Mai  jours d'ABS	usa																																																																																																															
	2																																																																																																															
	3																																																																																																															
	4																																																																																																															
	5																																																																																																															
	6																																																																																																															
Juin  jours d'ABS	usa																																																																																																															
	2																																																																																																															
	3																																																																																																															
	4																																																																																																															
	5																																																																																																															
	6																																																																																																															
Juillet  jours d'ABS	usa																																																																																																															
	2																																																																																																															
	3																																																																																																															
	4																																																																																																															
	5																																																																																																															

N°IAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>des jours de repos, horaire de coupure non renseigné, ...), ce document est utilisé par l'adjointe de direction pour résoudre les litiges relatifs aux heures supplémentaires ou absences de salariés.</p> 
2.1	2.1.4	Gestion des ressources humaines	<u>Les dossiers administratifs des professionnels</u>	<p>Dossiers administratifs des professionnels</p> <p>Un échantillon de dossier de soignants (CDD et CDI) a été consulté par la Mission.</p> <p>Les dossiers administratifs du personnel sont de couleur bleu. Ils sont identifiables par une fiche administrative reprenant entre autres, les éléments d'identité du salarié, la qualification, le type et la durée du contrat positionnée en page de garde. Les dossiers comportent une check liste très détaillée des documents devant s'y trouver. La check list mentionne notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pièce d'identité ou titre de séjour ; • Extrait de casier judiciaire ; • Diplôme ;

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<ul style="list-style-type: none"> • Inscription ordinaire ; • Attestation de formation ; • Fiche métier, fiche mission, fiche heuree ; • Grille d'entretien professionnel. <p>La check list est déclinée en sous chemises permettant un classement par catégorie de documents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diplômes / CV ; • Administratif ; • Contrat ; • Dossier médical ; • Discipline ; • Formations ; • Evaluations ; • Courriers divers <p>La complétude des dossiers étudiés est quasi systématique sur certains items :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'entretien annuel des agents en CDI figurent dans la quasi-totalité des dossiers ; • Une copie du contrat de travail est présente dans la quasi-totalité des dossiers ; • L'inscription ordinaire est présente dans le dossier IDE consulté. <p>La complétude est perfectible sur d'autre items :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1/3 des dossiers comporte une fiche de poste ; • Aucun dossier d'agent en CDD ne présente de fiche de poste ; • 1/2 des dossiers comporte la copie du diplôme ; <p>Le diplôme d'IDE de l'IDEC et celui du médecin coordinateur ont été présentés à la mission.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				 <p>La check list n'est pas systématiquement complétée.</p> <p>Remarque 16 : L'utilisation de la check list n'est pas systématique ce qui ne favorise pas la complétude des dossiers.</p>
2.1	2.1.5	Gestion des ressources humaines	<u>Les prestataires externes</u>	<p>Prestataires externes</p> <p>Les entretiens évoquent l'intervention de plusieurs prestataires externes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • [REDACTED] coiffeur (mercredi et vendredi), • [REDACTED] kinésithérapeutes, • [REDACTED] pédicure (jeudi matin) ; • [REDACTED] orthophonistes (travail sur la déglutition) ; <p>La mission n'a pas consulté les dossiers de ces professionnels. Il n'a pas été possible de vérifier que l'établissement a répertorié les diplômes des prestataires externes.</p> <p>[REDACTED] conventions ont été transmises :</p> <ul style="list-style-type: none"> • [REDACTED] kinésithérapeutes ; • [REDACTED] chirurgien-dentiste ; • [REDACTED] médecin ; • [REDACTED] pharmacie.

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>La convention du 25/05/2022 pour une durée indéterminée avec [REDACTED] mentionne le numéro d'inscription à l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes.</p> <p>La convention du 15/01/2022 pour une durée indéterminée avec [REDACTED] mentionne le numéro d'inscription à l'Ordre des médecins. La convention rappelle le libre choix des résidents en matière de professionnel de santé.</p> <p>La convention Ehpad-Officine du 26/01/2024 à durée indéterminée mentionne le numéro d'inscription à l'Ordre des pharmaciens.</p> <p>Un contrat portant sur les conditions d'intervention des masseurs-kinésithérapeutes libéraux a été remis pour chaque kinésithérapeute. Le numéro d'ordre du professionnel y est systématiquement mentionné. Le contrat prévoit notamment la présentation du :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projet d'établissement, • Règlement de fonctionnement, • Rôle et des missions du médecin coordonnateur, du pharmacien. <p>Par ce contrat, le masseur kinésithérapeute s'engage notamment à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respecter la charge des droits et libertés, le règlement de fonctionnement ; • Organiser la continuité des soins ; • Prendre en compte dans son exercice et ses prescriptions les spécificités de fonctionnement ; • Signaler sa présence lors de son arrivée dans l'établissement afin de faciliter au personnel soignant la transmission des informations ; • Collaborer avec le médecin coordonnateur ; • Renseigner le dossier médical et de soins du résident à chaque visite. <p>Aucun document n'a été remis concernant les liens entre l'établissement et [REDACTED]</p> <p>Remarque 17 : Les interventions des professionnels de santé et paramédicaux et autres professionnels au sein de l'établissement ne sont pas toutes formalisées.</p>
2.1	2.1.6	Gestion des ressources humaines	<u>Le plan de formation des professionnels</u>	<p>Le plan de formation des professionnels</p> <p>Il a été communiqué à la Mission d'inspection les plans de formation 2022, 2023 et 2024.</p>

N°IAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Le plan de formation (tableau Excel) de 2022 comprend 6 formations : Goût et saveurs des plats ; hygiène buccodentaire ; Formateurs prévention maltraitance ; Prévention et prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées ; Formation à l'accompagnement de fin de vie dont une formation diplômante : DU en hygiène hospitalière suivie par l'IDEC.</p> <p>Au total, [redacted] salariés, identifiables par leur matricule, ont bénéficié de ces formations. Le document transmis à la mission inspection ne permet pas de vérifier que les formations inscrites dans le plan de formation 2022 ont été dispensées, aucune date n'étant précisée.</p> <p>Le plan de formation 2023 est constitué de nouvelles formations relevant des thématiques « Gestes d'urgences », « gestes et postures », « Éthique et bientraitance », « Restauration » et « Soins infirmiers » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de second niveau (AFGSU2) » : [redacted] salariés formés. - « Prévention des risques liés à l'activité physique Sanitaire et Sociale (PRAP2S) » : [redacted] salariés. - « Piloter et manager une démarche de prévention des risques professionnels - Dispositif AP SMS » : [redacted] - « Conduire la démarche éthique et la bientraitance dans les établissements de santé et les EHPAD » : [redacted] - « Bases de l'HACCP » : [redacted] salariés, - « Compréhension de la méthode HACCP » : [redacted] salariés, - « Expertise culinaire » : [redacted] - « Plaies et cicatrisation » : [redacted] <p>Les [redacted] salariés formés sont identifiés par leur nom, prénom et matricule. Les lieux de formation (résidences, institut, clinique du groupe EMEIS) et le format (présentiel ou visioconférence), nombre d'heures et coût des formations sont précisés.</p> <p>Dans le plan de formation 2024, aux thématiques de 2023, sont rajoutés de nouveaux thèmes tel que : « Communication avec les familles », « Habilitation électrique », « Hygiène », « Interventions non médicamenteuses », « Les enjeux relationnels avec le patient/résident et sa famille », « On boarding directeur », « Les risques psychosociaux », « Pharmacie », « Prévention des risques patients/résidents », « Prévention de la maltraitance », « Rééducation », « RH », « Santé et sécurité en restauration », « Soins palliatifs en fin de vie » et « Spécificités de la personne âgée ».</p> <p>Au terme du 1^e semestre 2024, [redacted] salariés ont suivi 13 des 31 formations inscrites au plan 2024 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Les fondamentaux des ressources humaines- Module 1 : ([redacted] salariés), Module 2 : (1salarié), Module 3 : ([redacted] salariés), - « Les risques psychosociaux temps 1 et 2 : ([redacted] salariés) - « Sensibilisation à la médiation » : (1salarié) - « AFGSU2 » : ([redacted] salariés) - « Être référent bientraitance et éthique » : (1) - « Moi, acteur et responsable de la sécurité alimentaire » : (5) - « La maladie de Parkinson » : (1),

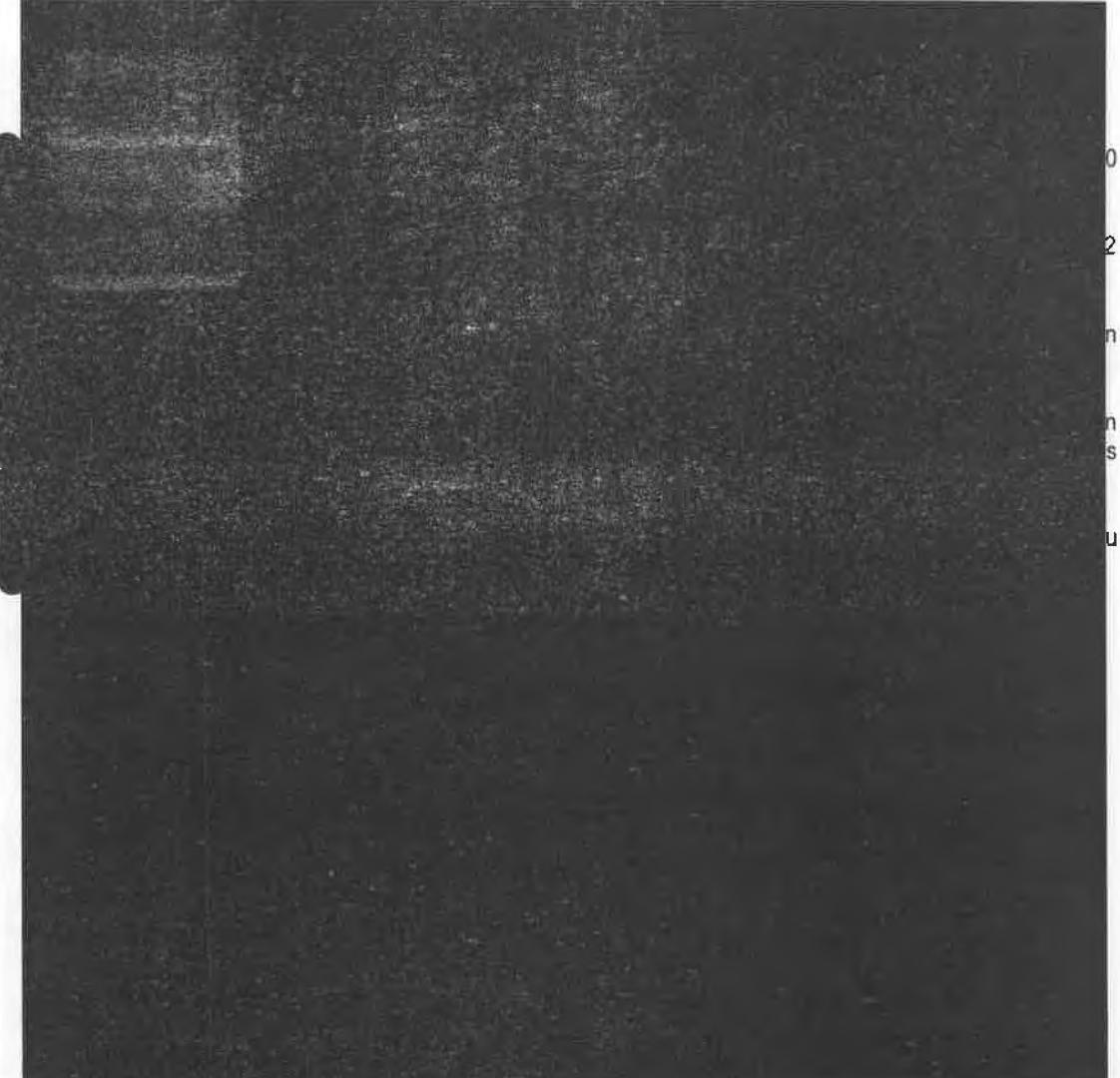
N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
			<ul style="list-style-type: none"> - « Être soignant la nuit : (1) - « PRAPS2S » (1) - « Permis d'exploitation d'un débit de boissons : (1) - « Pilotage et gestion de la performance » : (1) - « Être référent en hygiène » : (1) - « Devenir Acteur PRAP IBC », (1) <p>Les lieux, format (en présentiel et/ou en visioconférence), nombre d'heures, nombre de salarié et les dates de début et fin de session sont précisés.</p> <p>Dans les 3 plans de formation communiqués, il est recensé une seule formation diplômante (DU hygiène hospitalière) en 2022.</p> <p>Il a été indiqué à la Mission inspection « Actuellement, Auxiliaires de Vie devraient suivre la formation d'aide-soignante en présentiel. Aucune formation d'aide-soignante n'est inscrite dans le plan de 2023 et aucune n'est programmée en 2024.</p> <p>Remarque 18 : Les documents communiqués à la Mission d'inspection montrent une diversité des formations ainsi qu'une progression quantitative du personnel formé, toutefois aucune formation diplômante n'est inscrite dans les plans de formations 2023 et 2024.</p> <p>Parallèlement au plan de formation annuel, des « mini formations » sont dispensées aux équipes, essentiellement par les membres constituant l'équipe de direction :« la directrice, directrice adjointe, IDEC, MEDCO, psychologue, ergothérapeute, psychomotricienne, agent de maintenance maîtresse de maison/AV référente, animatrice, chef de cuisine, référent bientraitance ».</p> <p>Dans les plannings des mini formations réalisées en 2022 et 2023 et le prévisionnel pour 2024 transmis à la mission inspection, les mini formations sont regroupées sous 6 thématiques : « Soins », « Restauration / hôtellerie », « Valeurs » « Administratif/sécurité », « Animations », « À personnaliser ».</p> <p>Le taux de réalisation des mini formations en 2023 fluctue entre 0 pour « l'animation » et 100% pour le thème « À personnaliser ». Les mini formations relatives à la thématique « soins » ont été dispensées à hauteur de 90,25%, et près d'1/4 des mini formations relatives aux thèmes « Administratif / sécurité » ; « Restauration / hôtellerie » et « Valeurs » ont été faites.</p> <p>Les mini « mini formations » sont programmées sur l'année civile, les noms des formateurs pressentis parmi l'équipe du staff sont cochés ainsi que le mois où la formations sera dispensée. Une fois celle-ci réalisée, les dates sont mentionnées dans le tableau.</p>	

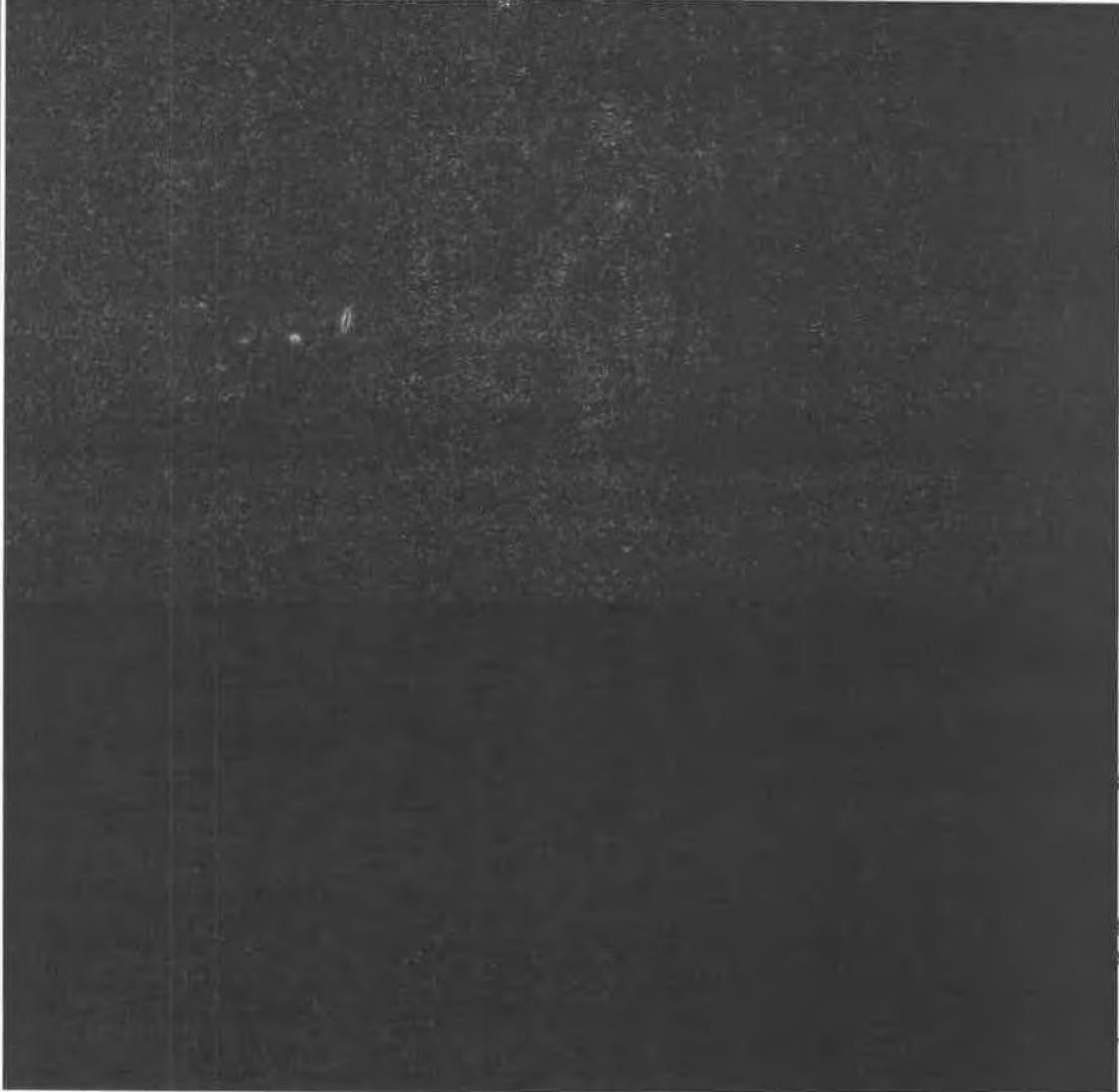
N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires												
				<p>Seules les données extraites des RAMA 2022 et 2023, permettent de connaître le nombre de salariés ayant suivi les mini formations dispensées par la psychologue et reconduites en 2024 :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Données extraites des RAMA</th><th>2022</th><th>2023</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gestion troubles du comportement :</td><td>salariés</td><td>salariés</td></tr> <tr> <td>Promouvoir la bientraitance et Prévention de la maltraitance</td><td>salariés</td><td>salariés, salariés de nuit</td></tr> <tr> <td>Prévention risque suicidaire</td><td>salariés</td><td>salariés</td></tr> </tbody> </table> <p>Au-delà des formations des salariés et de l'accompagnement de référentes bientraitance portant sur la prévention de la maltraitance, d'autres thèmes ont été traités en 2023 tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Projet personnalisé, - Contenu de la charte de la personne âgée dépendante et accueillie/droits des résidents, - Grands principes de la dignité/intégrité, - Droit de réserve/secret professionnel, - Critères entrée/sortie de l'USA, - Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés. <p>Concernant les mini formations, il n'y a pas d'informations chiffrées dans le tableau mini formations. La durée des mini formations, son contenu, le nombre de salariés formés, leur qualification, l'équipe d'appartenance (jour ou nuit) ne sont pas mentionnés. Il n'est pas possible d'identifier le nombre et les catégories professionnelles des salariés ayant bénéficié des mini formations.</p> <p>Remarque 19 : La mission ne peut s'assurer que l'ensemble des salariés ont suivi les mini formations.</p>	Données extraites des RAMA	2022	2023	Gestion troubles du comportement :	salariés	salariés	Promouvoir la bientraitance et Prévention de la maltraitance	salariés	salariés, salariés de nuit	Prévention risque suicidaire	salariés	salariés
Données extraites des RAMA	2022	2023														
Gestion troubles du comportement :	salariés	salariés														
Promouvoir la bientraitance et Prévention de la maltraitance	salariés	salariés, salariés de nuit														
Prévention risque suicidaire	salariés	salariés														

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.1	2.1.7	Gestion des ressources humaines	<u>L'aide à la mobilité/mutation des agents</u>	<p>L'aide à la mobilité/mutation des agents</p> <p>Le projet d'établissement précise qu'il existe des passerelles entre CLINEA et ORPEA pour les salariés souhaitant exercer leur métier au sein d'une clinique.</p> <p>Remarque 20 : La mission d'inspection n'a pu apprécier les modalités de cette mobilité car aucun élément ne corrobore cette passerelle.</p>
2.1	2.1.8	Gestion des ressources humaines	<u>Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels</u>	<p>Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels</p> <p>L'accueil des nouveaux professionnels est un des objectifs du projet social du projet d'établissement 2023/2028.</p> <p>Une fiche à l'en-tête de l'organisme gestionnaire intitulée « Embauche d'un nouveau salarié et intégration » détaille toutes les démarches administratives selon le statut du salarié (CDD ou CDI) à suivre. Un document également à en-tête de l'organisme gestionnaire « check-list intégration d'un nouveau collaborateur » nominatif, précise le rôle de chacun (directeur, adjoint, secrétaire, chef de service, encadrant, IDE, agent de maintenance) à chaque étape de l'admission du nouveau salarié (démarches administratives, 1^{er} jour d'embauche, 1^{ère} quinzaine d'intégration et fin de période d'essai).</p> <p>Remarque 21 : L'information de la remise de ces documents n'est pas précisée dans les dossiers des salariés consultés sur place par la mission inspection.</p> <p>Selon le projet d'établissement, il est remis à l'arrivée du nouveau salarié un livret d'accueil et il bénéficie de l'accompagnement d'un salarié référent désigné.</p> <p>Il a été précisé à la mission inspection : « Les infirmiers n'ayant pas travaillé en EHPAD, bénéficient d'une 1/2 journée en immersion ». L'IDEC accompagne les nouvelles IDE. Le temps d'accompagnement est variable selon l'IDE. Il leur est remis « Le livret d'accueil avec les codes d'accès pour aider les nouveaux ».</p> <p>Concernant les aide soignants, l'AS référente réalise un bilan d'intégration, 1 mois après l'entrée, le document est signé.</p> <p>Les dossiers du personnel consultés par la mission inspection ne contenaient pas le bilan d'intégration et l'information de la remise du livret d'accueil n'est pas mentionnée.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Remarque 22 : La mission ne peut assurer que la procédure d'accueil des nouveaux salariés telle que définie dans le projet d'établissement est bien déclinée par l'EHPAD.</p> <p>L'établissement a présenté à la Mission d'inspection un protocole d'accueil de nouveau salariés intitulé « Intégration d'un nouveau collaborateur ». Ce protocole organise le parcours du nouveau salarié et affecte à celui un responsable pour l'accompagner.</p>
2.1	2.1.9	Gestion des ressources humaines	<u>Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission) et questionnement éthique</u>	<p>Les documents transmis à la mission inspection ne permettent pas d'affirmer qu'il existe des groupes d'analyse des pratiques professionnelles en tant que tels, animés par un intervenant extérieur.</p> <p>Remarque 23 : Il n'est pas mis en place des temps d'échanges sur les pratiques professionnelles ou sur les thématiques concernant l'éthique.</p>
2.1	2.1.10	Gestion des ressources humaines	<u>Les plannings des professionnels : confection</u>	<p>Il n'est pas indiqué à la Mission les modalités de confection des plannings alors que des plannings prévisionnels sont mis en place.</p> <p>Remarque 24 : L'établissement n'a pas présenté les modalités de confection de ses plannings</p>
2.1	2.1.11	Gestion des ressources humaines	<u>Les plannings des professionnels : organisation</u>	<p>Planning Il a été communiqué à la Mission d'inspection les plannings des équipes de soins jour et nuit et les plannings d'hébergement de mai, juin et juillet 2024. Le planning est établi par étage pour l'équipe de soins de jour.</p> <p>Une rubrique intitulée « stagiaire » est incluse à chaque étage et renseignée par le prénom du stagiaire, sans que soit précisé le type de stage effectué. Certains stagiaires étaient présents 2 à 3 jours / semaine, alternant avec 2 à 3 jours de repos ; y compris le WE alors que d'autres étaient présents du lundi au vendredi. La durée du stage varie de 3 à 4 semaines.</p> <p>Il est fait mention dans le planning d'un agent volant sans précision de sa qualification, intervenant en journée de 9h à 17h du lundi au vendredi, jours fériés compris. En consultant le RUP, il s'agit d'une auxiliaire de vie qui n'était pas en activité durant les 3 mois.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Dans ce même planning sont inclus les plannings de l'équipe de soins de jour, de nuit et ceux des IDE de jour et nuit. Le métier (AS, AES, AMP) d'appartenance et l'identité exact du salarié ne sont pas indiquées. Seul le planning de juin précise les noms et prénoms des équipes de soins.</p> <p>Les IDE de jour et de nuit sont identifiées par leur nom et prénom en mai et juin, ce qui n'est plus vrai en juillet, le prénom de plusieurs IDE, voire pas de prénom, mais l'inscription « CDD » sont indiqués en bleu. Le rapprochement des informations avec le registre unique du personnel pour les salariés identifiables permet de comprendre que la couleur bleue est utilisée pour les salariés en CDD et le noir pour ceux en CDI.</p>  <p>Remarque 25 : La prise de pause n'est pas mentionnée dans les plannings et ne permet pas de vérifier la présence en continue d'un professionnel.</p> <p>Les plannings du service hébergement de mai, juin et juillet 2024, recensent 5 tranches horaires de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - - - - -

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				

N°IDAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				 A large black rectangular redaction box covers the majority of the content in this column.

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.1	2.1.12	Gestion des ressources humaines	<u>Les expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end</u>	
2.1	2.1.13	Gestion des ressources humaines	<u>Les fiches de poste des professionnels</u>	<p>Fiches de poste</p> <p>Une fiche métier a été transmise pour les personnels suivants : Aide-soignante(e) ; Accompagnant éducatif et social (AES) ; Aide-soignant / accompagnant éducatif et social de nuit ; Aide médico psychologique ; Auxiliaire de vie ; Infirmière.</p> <p>Les fiches métiers sont structurées selon le même modèle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pré-requis ; • Mission ; • Environnement de travail ; • Activités principales.

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Elles font référence au projet de vie du résident et à l'implication des professionnels dans sa mise en œuvre de celui-ci (« participer à l'accompagnement du projet de vie » ou pour les AV « connaître les projets de vie individualisés mis en place »).</p> <p>La fiche métier auxiliaire de vie AV (novembre 2017) précise une double liaison hiérarchique avec la maîtresse de maison et l'IDEC.</p>  <pre> graph TD DE[DIRECTION EXPLOITATION] --> MM[MAÎTRESSE DE MAISON / IDEC] MM --> AV[AUXILIAIRE DE VIE] </pre> <p>La fiche métier des AV met en évidence des missions différentes de celles des AS, AES et AMP.</p> <p>La fiche métier aide-soignante (avril 2024) mentionne les modifications apportées par l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux et décline un certain nombre d'actes nouvellement autorisés :</p>

N°IGAS	INCLINE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p><u>Actes autorisés nouvelles compétences décret 2021</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Changement de support et pose de colostomie cicatrisée • Pose de suppositoire (d'aide à l'élimination) • Pose/changement de masque respiratoire (hors dispositifs d'insufflation/é-sufflation) • Aspirations endotracheales (orifice trachéal cicatrisé non inflammatoire) • Changement de lunettes à oxygène (sans ajustement du débitmètre) • Surveillance : rythme, fréquence respiratoire, saturation en oxygène, poids (IMC), membranes, périmètre crânien • Lavage/irrigation oculaire, lecture intraderm-réaction (test tuberculinique) • Mesure glycémie (capillaire capillaire ou lecture transdermique) • Recueil taux de bilirubine (lecture instantanée transcutanée), recueil aseptique d'urines en urgence <p>La fiche métier AS prévoit les actes réalisés par délégation de l'IDE :</p> <p><u>Aide l'infirmier(ère) à la réalisation des soins et applique les actes par délégation de l'IDE</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Appliquer les gestes de première urgence en cas de besoin 2. Préparer et installer le résident pour des pansements, des examens ou des prélèvements 3. Effectuer les pansements simples, sous la responsabilité de l'infirmière 4. Distribuer les médicaments précares par l'infirmière et sous son contrôle 5. Poser des bas et collants de contention 6. Réaliser les soins d'hygiène nécessaires en cas de décès <p>Remarque 26 : Les missions spécifiques des aides-soignantes référentes, dans l'établissement ne sont pas précisées.</p> <p>La fiche métier AS évoque la traçabilité et une procédure de chutes, le programme mictionnel et des recommandations relatives au circuit du linge et au traitement des déchets. Le signalement des événements indésirables liés au fonctionnement des appareillages et des dispositifs médicaux y est mentionné.</p> <p>La fiche métier AS et AES de nuit est commune, elle reprend les éléments de la fiche AES jour et précise l'évaluation de l'urgence et des problèmes rencontrés et le recours à la personne d'astreinte en cas de problème.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Remarque 27 : La mise à jour des fiches métiers est nécessaire pour distinguer les missions des AS et AES de nuit.</p> <p>La fiche métier AES (juin 2018) et la fiche métier AMP (octobre 2015) déclinent les mêmes missions que la fiche métier AS (dispenser des soins liés à l'hygiène corporelle, à l'alimentation, à l'élimination ...), à l'exception des nouvelles compétences prévues par l'arrêté du 10 juin 2021 (cf. plus haut).</p> <p>Le point 16) des fiches métiers AES et AMP indiquent : « Aide l'infirmier(ère) par délégation à la réalisation des soins. Distribuer les médicaments préparés par l'infirmière et sous son contrôle ». Seuls les aides-soignants peuvent effectuer la distribution des médicaments, sous conditions.</p> <p>Ecart 15 : La distribution des médicaments par les AES/AMP contrevient à l'article L313.26 du CASF qui prévoit l'aide à la prise de médicaments, lorsqu'il s'agit d'un acte de la vie courante.</p> <p>La fiche métier infirmier (IDE) rappelle la nécessité du diplôme d'Etat ou d'une autorisation d'exercer et l'inscription à l'ordre national des infirmiers. La Mission attire l'attention sur le fait que l'attestation n'est pas nécessaire pour les diplômes européens obtenus à partir de 2004, la reconnaissance étant automatique.</p> <p>Les missions des IDE sont détaillées en sept points :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation des soins et des activités ; • Prise en charge du résident ; • Contrôle et gestion des matériels et produits – lutte contre les infections nosocomiales ; • Traçabilité, gestion et contrôle du circuit des médicaments ; • Communication interne et traçabilité ; • Développement des compétences et démarche qualité ; • Délégation ponctuelle de la Direction.
2.1	2.1.14	Gestion des ressources humaines	<u>Les glissements de tâches</u>	<p>Glissement de tâches</p> <p>Personnel administratif</p> <p>Lors des entretiens, il a été difficile de différencier les missions de l'adjointe de direction de celle de l'assistante de direction. Un chevauchement de tâches a été relevé. Ce dernier a été expliqué à la Mission par l'absence de l'adjointe de</p>

N°IAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>direction durant l'année 2023. Une redéfinition des missions de chaque professionnelle est nécessaire dans la mesure où l'adjointe de direction a repris ses fonctions.</p> <p>Remarque 28 : Un chevauchement de tâches a été relevé entre l'adjointe de direction et l'assistante de direction.</p> <p>Personnel soignant</p> <p>La Mission inspection n'a pas pu identifier en quoi diffère le rôle et les missions des AES et AMP de ceux des AS à partir des fiches de métier.</p> <p>L'établissement a présenté une fiche métier commune pour les AS et AES de nuit alors que les deux métiers relèvent d'un référentiel de compétences distincts. Seuls les aides-soignants peuvent effectuer la distribution des médicaments, sous conditions, réaliser les toilettes au lit (acte de soin) et effectuer des soins sous l'autorité de l'infirmière. Les AES peuvent aider un résident à la toilette et accompagner un aide-soignant dans la réalisation d'une toilette au lit. Les AES n'ont pas le même référentiel de compétence que les AS. L'existence d'une fiche de poste commune pour deux corps de métier différents contribue à la mise en œuvre d'un glissement de tâche.</p> <p>Les fiches métiers AMP et AES prévoient la réalisation de soins par délégation, attribution réservée aux AS, ce qui met en exergue un risque de glissement de tâches.</p> <p>Dans ce contexte, la Mission ne peut exclure un glissement de tâches entre les AS et les AES/AMP.</p> <p>Ecart 16 : Le manque de clarté dans les intitulés de poste et des fiches métiers ainsi que l'attribution de mission d'AS aux AES/AMP met en évidence un risque de glissement de tâches ce qui contrevient à la réglementation en vigueur : L311-3, 1^o CASF, L.4391-1 du CSP et arrêté du 10 juin 2021 conduisant au DEAS.</p>
2.1	2.1.15	Gestion des ressources humaines	<u>La gestion des absences prévues et imprévues</u>	<p>La gestion des absences prévues et imprévues</p> <p>La secrétaire de direction est chargée d'assurer les remplacements en urgence, supervisée par la directrice adjointe pour faire face aux absences prévues et inopinées.</p> <p>La structure dispose d'un Pool de remplacement et ne fait pas appel aux intérimaires. Aucun document de l'existence de ce Pool de remplacement n'a été communiqué.</p> <p>En premier lieu, elle sollicite les agents de l'EHPAD souhaitant faire des heures supplémentaires et à défaut le Pool de remplacement.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Concernant le recrutement des vacataires, elle consulte le logiciel [redacted] partagé avec les autres sites du gestionnaire pour rechercher des vacataires. D'autres sources de recherche du personnel sont utilisées tels que [redacted] et les annonces publiées par France Travail (obligations légales).</p> <p>La Mission inspection n'a pas été destinatrice d'une procédure pour organiser les remplacements.</p> <p>Remarque 29 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure de remplacement en cas d'absence.</p>

2.2. Gestion d'information

N°IGAS	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>	<p>L'établissement a transmis la liste des GIR au jour de l'inspection ainsi que les RAMA 2022 et 2023. L'établissement renseigne chaque année le tableau de bord ESMS de l'ANAP.</p> <p>Ecart 17 : Le rapport d'activité annuel n'a pas été transmis à la mission d'inspection, ce qui n'est pas conforme à l'article R314-50 CASF</p>
2.3	2.3.2	Gestion d'information	<u>Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA)</u>	<p>L'établissement a transmis les RAMA de 2022 et 2023 qui ont été remplis par le médecin coordonnateur de l'EHPAD.</p>
2.3	2.3.3	Gestion d'information	<u>Le registre des entrées et sorties des résidents</u>	<p>Un registre des entrées et sorties des résidents est disponible à l'accueil et renseigne l'identité des résidents, leur adresse ainsi que la date d'entrée et celle de sortie.</p> <p>Il n'apparaît pas que le registre soit paraphé par la maire de Paris ou le maire d'arrondissement.</p>

N°IAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				Écart 18 : Le registre des entrées et sorties n'est pas paraphé par le maire ce qui contrevient à l'article R331-5 du CASF.
2.3	2.3.4	Gestion d'information	<u>Les dossiers administratifs des résidents</u>	<p>Les dossiers des résidents sont partiellement conformes. Si les contrats de séjour sont présents ainsi que l'identification des résidents, il manque très souvent le règlement de fonctionnement, le PAI, la personne de confiance, les directives anticipées.</p> <p>Écart 19 : La tenue des dossiers des résidents n'est pas conforme à l'article L.311-3° du CASF</p>
2.3	2.3.5	Gestion d'information	<u>Le support et le contenu des dossiers médicaux des résidents</u>	Les dossiers médicaux des résidents sont disponibles et alimentés sur le logiciel [redacté]
2.3	2.3.6	Gestion d'information	<u>Le stockage et la sécurisation des dossiers médicaux des résidents</u>	<p>Les médecins traitants interviennent dans l'établissement, mais il a été confié à la Mission d'inspection que beaucoup de médecins traitants n'utilisent pas le logiciel de soin et que le médecin coordonnateur doit retranscrire sur le logiciel les prescriptions qui sont faites.</p> <p>Les dossiers médicaux des résidents sont disponibles et alimentés sur le logiciel Netsoins.</p> <p>Les données médicales sur papier sont stockées dans le poste de soins dans l'attente d'être enregistrées dans le dossier informatisé du résident. Le jour de la mission, le poste de soins n'était pas toujours fermé, ce qui peut compromettre la sécurité et la confidentialité des données médicales du résident.</p> <p>Écart 20 : Le poste de soins n'étant pas toujours fermé, la sécurité des dossiers des résidents ne peut pas être garantie, ce qui contrevient aux articles L1110-4 du CSP, R4127-45 du CSP et L311-3. 4° du CASF.</p>

N°IAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Remarque 30 : Plusieurs médecins traitants intervenant dans l'EHPAD font des prescriptions papier sans utiliser le logiciel de l'établissement.</p>

2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

N°IAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.4	2.4.1	Bâtiments, espaces extérieurs et équipement	<u>L'état général du bâtiment</u>	Il a été indiqué à la mission que le bâtiment a été rénové en 2016, peu de signes de vétusté sont donc visibles. Son état général est très satisfaisant avec un entretien visible autant dans les parties communes que les chambres. Seul le poste de soins présente un manque d'entretien et de rangement.
2.4	2.4.2	Bâtiments, espaces extérieurs et équipement	<u>Le suivi des réparations</u>	Un agent de maintenance fait partie des effectifs de l'établissement. Il a été indiqué à la mission qu'il effectuait de « petites réparations » dans l'établissement : évier boucher, rideaux à remettre. Selon les éléments communiqués à la mission, il répare également certains fauteuils et déambulateurs avec l'aide de la psychomotricienne.
2.4	2.4.3	Bâtiments, espaces extérieurs et équipement	<u>Système et/ou salle de rafraîchissement</u>	Le plan bleu de l'établissement indique que tout l'établissement est climatisé, y compris les espaces communs.
2.4	2.4.4	Bâtiments, espaces extérieurs et équipement	<u>L'accessibilité PMR des locaux</u>	Les couloirs de l'EHPAD offrent un large passage pour les personnes à mobilité réduite. Les locaux collectifs, particulièrement l'espace de restauration, sont spacieux et permettent la circulation des résidents. Des ascenseurs facilitent le déplacement de tous dans les étages au sein de l'EHPAD.
2.4	2.4.5	Bâtiments, espaces extérieurs et équipement	<u>Les équipements facilitant le déplacement</u>	Il a été indiqué à la mission que l'EHPAD dispose d'unlève-malade par étage ainsi que de deux verticaliseurs pour toute la structure.

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				 <p>L'établissement a informé la Mission qu'une formation sur l'utilisation des lèvres-malades est assurée par une société deux fois par an.</p> 

N°IGAS	N°LICORE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Les espaces sont larges et permettent la circulation des résidents. Les couloirs équipés de rails permettent la circulation des fauteuils et des déambulateurs.</p> 
2.4	2.4.6	Bâtiments, espaces extérieurs et équipement	Équipement de prévention de la maltraitance	<p>Toutes les chambres où se situe l'unité des grands dépendants sont équipées de rails. Des fauteuils-roulants sont également disponibles pour les résidents le nécessitant.</p> <p>Les pesées sont faites mensuellement pour tous les résidents.</p>

N°IGAE	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				

2.4. Sécurités

N°IGAE	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.5	2.5.1	Sécurités	<u>Les déchets ménagers (DAOM)</u> <u>Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)</u>	<p>Aucune convention sur les déchets à risque infectieux associés aux soins (DASRI) ou les déchets ménagers (DAOM) n'a été transmis à la mission.</p> <p>Les soignants ont à disposition du matériel pour les DASRI : sacs jaunes, boîtes OPCT (objets percutants-coupants-tranchants), des boîtes collectrices de DASRI (Clinibox®) en carton.</p> <p>Il n'y a pas de local à DASRI intermédiaire dans les unités de soins. Les IDE jettent leur sac à DASRI après les pansements dans la ... dans le poste de soins et ce ... est déplacé dans le local à DASRI au sous-sol tous les jours en fin de service. Ils sont tous bien tracés avec le nom de l'établissement et du service ainsi que la date de mise en service et du retrait conformément aux bonnes pratiques.</p> <p>Dans le local, sont affichées la traçabilité du nettoyage, une procédure à suivre en cas d'AES (accidents exposant au sang), les 9 règles applicables au local et à l'enlèvement des DASRI répondent à la réglementation.</p> <p>La Mission inspection a observé que des sacs jaunes étaient posés sur les chariots de médicaments. Les boîtes OPCT ne sont pas toutes datées et ne sont pas toutes posées sur un socle ou dans un panier de chariot pour éviter un AES (accident exposant au sang) en cas de mauvaise manipulation ou d'incident (boîte qui tombe sur un pied).</p> <p>Remarque 31 : La ... est stockée dans le poste de soins propre.</p> <p>Remarque 32 : Les sacs poubelles à DASRI sur les chariots de médicaments sont utilisés comme sacs à DAOM.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.5	2.5.2	Sécurités	<u>Les vaccinations des résidents et des professionnels</u>	<p>Lors de la campagne vaccinale antigrippe 2023, [redacted] salariés ont été vaccinés. Aucun n'a accepté la vaccination anti-COVID</p> <p>Pas de données sur le schéma vaccinal des résidents.</p> <p>Remarque 33 : Aucun élément concernant le schéma vaccinal des résidents dans le RAMA 2023.</p>
2.5	2.5.3	Sécurités	<u>L'aide à la prévention des chutes</u>	<p>Les chambres [redacted] où sont situés les résidents les plus dépendants, sont équipés de rails.</p> <p>Il existe des matériels ergonomiques pour prévenir les chutes des résidents.</p> <p>Tout d'abord, les barres d'appui dans tous les couloirs, des lève-malades, des rails de transfert dans [redacted] chambres et aussi des chaises de douches.</p> <p>Les entretiens précisent que [redacted] résidents sont gérés en binôme au [redacted] étage, en l'absence de rail.</p> <p>Il a été indiqué à la mission qu'il y avait une déclaration systématique des chutes sur [redacted] ainsi qu'une commission chute en place dans l'établissement avec l'IDEC, le médecin coordonnateur, la psychomotricienne, l'ergothérapeute et un ou deux kinésithérapeutes [redacted] pour échanger sur les chutes survenues pendant la semaine et les mesures à prendre. Une fois par trimestre une commission à plus large échelle est organisée pour étudier des solutions plus importantes pour éviter les chutes comme l'adaptation du matériel.</p> <p>La mission a constaté le chaussage adapté des résidents.</p> <p>[redacted] kinésithérapeutes interviennent dans l'EHPAD.</p>
2.5	2.5.4	Sécurités	<u>La prévention des fugues</u>	<p>Un système de vidéosurveillance filme l'entrée de l'EHPAD. La cours de l'établissement est fermée par une grille munie d'un interphone. L'ouverture est effectuée à distance par l'agent d'accueil.</p> <p>L'accès au bâtiment se fait par un sas d'entrée. La première porte du sas s'ouvre à l'aide d'un digicode (en cas d'absence ou en dehors des heures de présence de l'agent) ou l'agent d'accueil en contrôle visuel direct ou via la vidéo des caméras de surveillance pour les entrées. L'ouverture de la seconde porte vitrée est automatique.</p> <p>La sortie du bâtiment se fait dans les mêmes conditions que l'entrée excepté pour la grille extérieure. L'ouverture de la grille extérieure nécessite l'activation d'un bouton poussoir dissimulé derrière un cache.</p> <p>Il a été porté à l'attention de la mission qu'une identification des résidents à risque de fugue était faite et qu'un trombinoscope de ces résidents était disponible à l'accueil de l'EHPAD.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>L'organisation de l'EHPAD fait que l'accueil peut voir les personnes aux deux portes successives permettant l'entrée et la sortie de l'établissement. Les deux portes sont ouvertes par les agents situés à l'accueil de l'établissement ce qui permet un contrôle des entrants et sortants.</p> <p>L'unité de vie protégée est située au rez-de-chaussée. L'accès est sécurisé et n'est accessible que par code.</p>
2.5	2.5.5	Sécurités	<u>Le système d'appels malades</u>	<p>Deux dispositifs ont été observés durant l'inspection.</p> <p>Un dispositif mural : La soignante doit se signaler en entrant dans la chambre en appuyant sur l'appel malade (bouton vert => voyant vert dans le couloir). Lorsqu'un résident sonne, l'appel malade sonne directement dans la chambre où se trouve la soignante et un voyant rouge s'allume dans le couloir, au-dessus de la porte.</p> <p>Un dispositif filaire dans les sanitaires et sur les tables de chevet activé par les résidents.</p>  <p><i>Figure 2 : Toilette avec système d'alarme</i></p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				 <p><i>Figure 3 : Chambre avec témoin système d'alarme</i></p> <p>L'établissement a donné à la mission la traçabilité les appels de juin à août 2023 et de la veille et du jour de l'inspection. Sont notés la date, la durée de l'appel, le type d'appel « paging » qui se répercute sur plusieurs téléphones, l'acquittement de l'appel et la suppression de l'appel sur le téléphone.</p> <p>Globalement, la réponse à ces appels est correcte (en moyenne moins de 5 mn) en milieu de matinée, moment des nursings longs. La durée est beaucoup plus longue pour répondre aux résidents qui sonnent sans cesse.</p> <p>La Mission a constaté la présence d'appels malades dans les chambres de l'UVP avec signal lumineux à l'extérieur de la chambre quand actif. Un signal est également envoyé au poste de soins de l'UVP.</p>

3. Prises en charge

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

Mots-clés	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires

3.1	<p>3.1.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie</p> <p><u>Admission et entrée dans l'EHPAD</u></p>	<p>L'établissement a transmis trois procédures pour la préadmission, l'admission et l'admission pour hébergement temporaire. D'après le RAMA 2022, la majorité des admissions provenaient d'établissement de santé (), et du domicile (). Dans le RAMA 2023, la grande majorité des admissions provenaient du domicile de la personne ().</p> <p>La procédure « préadmission d'un nouveau résident » date de 2019. Elle détaille tous les éléments de la demande d'entrée en EHPAD. Il y est inscrit qu'« ... Une demande de contact peut être reçue de la part d'un résident, d'un proche ou d'un prescripteur soit via le logiciel (en lien avec les organismes de placement), soit en dehors du logiciel (contact téléphonique, mail, visite spontanée...) ... ». </p> <p>Elle présente les étapes à suivre pour accueillir le résident, recueillir son consentement, la désignation de la personne de confiance, l'élaboration de l'état des lieux ainsi que le suivi de la personne admise de son entrée à J+45. Le contrat de séjour est signé par le directeur de l'établissement.</p> <p>Elle inclut une proposition de prise en charge en hôpital de jour ou une évaluation gériatrique menée par l'équipe médicale de l'EHPAD. Il est également prévu, en fin de séjour, un entretien avec la personne accueillie, son aidant et son médecin traitant afin d'établir son projet de sortie pour l'orienter vers les organismes pouvant prendre en charge les besoins identifiés pendant sa présence dans l'établissement.</p> <p>En fonction de la demande, différents documents comme le CERFA de demande d'admission ou d'autres documents présentant l'EHPAD sont transmis au demandeur.</p> <p>Quinze étapes dans le processus de préadmission y sont expliquées avec le « qui fait quoi » pour chaque étape notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'avis indispensable du médecin coordonnateur de l'EHPAD, remplacé si besoin par un médecin coordonnateur d'un autre établissement pour faire la visite de préadmission. - L'avis de l'IDEC sur l'orientation envisagée sur le volet 2 du CERFA. - La validation de l'admission par la signature du directeur sur le volet 1 du CERFA ou le refus d'admettre le résident en indiquant les raisons empêchant l'admission : le manque de place ou la réorientation vers un autre établissement de proximité. <p>Dans le RAMA 2023, dans le chapitre sur les consentements, il est précisé que le consentement du résident pour son institutionnalisation est recherché lors de la visite de préadmission.</p> <p>La procédure de préadmission d'un résident est une procédure du groupe ORPEA. Elle est dédiée à l'ensemble des salariés d'un établissement ainsi que les médecins référents libéraux. La procédure insiste sur la nécessité d'accueillir toutes les demandes d'admission pour les traiter ainsi que sur l'importance de l'identification des besoins de la personne candidatant afin de pouvoir déterminer si la prise en charge offerte par l'EHPAD est adaptée et pour y répondre pendant la visite de préadmission organisée. Si l'admission n'est pas validée, en raison d'un avis médical contraire ou d'un manque de place dans l'établissement, la personne est informée du motif et peut demander la destruction de son dossier.</p>
-----	---	--

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Elle précise également qu'il doit toujours y avoir l'avis du médecin coordonnateur, de l'établissement ou régional, pour validation du volet médical du dossier. Cet avis est tracé. La visite de préadmission médicale est présentée comme facultative et « peut s'avérer nécessaire en fonction du dossier d'admission présenté et de la connaissance que l'on peut avoir de l'adresseur ».</p> <p>En pratique, la procédure admission est gérée sur le plan administratif par les secrétaires en CDI (ancienneté 2023). La directrice adjointe supervise le dossier des résidents et effectue les « visites commerciale de l'établissement ». Elle saisit des informations sur (prospects) transfère sur (résident admis) puis les secrétaires prennent la main.</p> <p>Les entretiens avec les familles sont réalisés par la Directrice, directrice adjointe ou l'assistante de direction.</p> <p>Souvent le futur résident n'est pas présent à la visite. Une visite de pré admission systématique auprès du futur résident est effectuée par le médecin. L'entrée dans l'établissement est soumise à la validation du médecin.</p> 

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1	3.1.2	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>L'admission dans l'EHPAD</u>	

3.1	<p>3.1.3 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie</p>	<p><u>L'élaboration et le suivi des projets individuels d'accompagnement (PIA)</u></p> <p><u>Les réunions de synthèse</u></p>	<p>Les entretiens ont mis en évidence qu'il n'y a pas de référent projet personnalisé par résident dans l'établissement. L'établissement n'a pas transmis de procédure dédiée pour les PAI. Ces mêmes entretiens confirment que l'élaboration des projets personnalisés est gérée par la psychologue. Elle rencontre le résident pour échanger avec lui et complète ses informations avec les personnels assurant sa prise en charge. Un rendez-vous est organisé avec le résident, son tuteur ou sa famille, le médecin coordonnateur, la direction, l'AS référente, un IDE ou l'IDEC ainsi que la psychomotricienne pour une restitution.</p> <p>Le PP est fait par la psychologue sur [redacted] (voir photos pour grille/thématiques).</p> <p>Un bilan d'intégration est réalisé [redacted] en équipe pluridisciplinaire puis renouvelé une fois par an en équipe pluridisciplinaire. La psychologue fait la liste des PP à renouveler et l'assistante de direction contacte les familles.</p> <p>[redacted]</p> <p>Le document de suivi des projets personnalisés montre qu'il y a un rythme annuel qui est poursuivi pour la révision des projets des résidents et biannuel pour les résidents en UV.P.</p> <p>Dans les objectifs du PAP à atteindre cités dans le PE, il est dit qu'un référent est nommé pour chaque résident admis. Dans les faits, ce n'est pas fait. Les PAP sont fait collégialement lors de la réunion pluridisciplinaire (médecin coordonnateur-psychologue-IDEC-IDE-AS-Psychomotricienne)</p> <p>[redacted]</p> <p>Dans le PE, il est annoncé que : « <i>A l'issu du premier mois, la résidence à la volonté d'organiser un rendez-vous avec le résident, ses proches, le médecin coordonnateur et la direction. C'est un moment d'échanges, d'ajustements, d'explications où le projet personnalisé sera présenté en collaboration avec la psychologue... Le résident à une place centrale dans l'élaboration du projet personnalisé d'accompagnement. Pour cela, la recherche de consentement est essentielle. Le résident est écouté et respecté quelles que soit ses capacités cognitives et son degré d'autonomie. Il bénéficie d'une information adaptée et est associé à tous les choix le concernant.</i> »</p> <p>Selon la direction, les PAP sont revus chaque année pour les résidents en unité classique. Les résidents et leurs proches sont impliqués dans la démarche.</p> <p>Pour les résidents en unité protégée, les PAP sont revus tous les six mois et aussi en fonction des besoins du résident, notamment en fin de vie pour axer la prise en soins « sur le confort et le plaisir ».</p> <p>L'absence des PAP dans les dossiers administratifs des résidents n'a pas permis de vérifier ces propos.</p> <p>Il n'y a pas de référent par résident pour les projets personnalisés en place dans l'établissement.</p> <p>Remarque 34 : Les dossiers administratifs des résidents ne contiennent pas les PAP</p> <p>Remarque 35 : L'absence de personnel référent nommé par résident ne répond pas aux RBPP de la HAS sur l'accompagnement des résidents en EHPAD.</p>
-----	---	---	--

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Écart 21 : En l'absence de transmission d'une procédure relative aux projets personnalisés, la mission ne peut déterminer si le résident participe activement à son élaboration (Référence Article L311-3, 1° du CASF)</p>
3.1	3.1.4	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>Analyse des pratiques, échanges de bonnes pratiques dans le cadre de l'amélioration des prises en charge des résidents</u>	<p>En plus des temps de transmissions, il a été indiqué à la mission qu'étaient organisées une réunion de direction toutes les semaines, une édition avec les équipes de nuit, ainsi qu'une réunion en équipe pluridisciplinaire (animée par le médecin coordonnateur et l'IDEC ou un IDE). D'après les informations transmises, cette réunion pluridisciplinaire sert aussi de temps d'analyse interne des pratiques.</p> <p>Lors de la réunion mensuelle sur la « bientraitance », à partir de cas rencontrés dans leur exercice professionnel, les soignants analysent leurs pratiques. La Mission n'a pas reçu d'éléments de preuve de ces actions.</p> <p>Des « mini-formations » sont proposées par la directrice, l'adjointe de direction, l'IDEC, le médecin coordonnateur, l'ergothérapeute et la psychomotricienne, l'AS référente ainsi que la psychologue pendant les transmissions ou sur des temps dédiés. L'établissement a transmis un planning de ces formations avec six thèmes à traiter dont un, au moins, sera également destinés à l'équipe de nuit. Ces formations concernent notamment : l'accompagnement de la fin de vie et l'accompagnement des familles après un décès, l'accueil des nouveaux résidents, les bonnes pratiques et l'utilisation des rails de déplacement, la contention, les DASRI, les directives anticipées et la personne de confiance, la douleur, les escarres, l'hygiène bucco-dentaire ou encore la réponse aux appels malades.</p> <p>Une commission hebdomadaire chute et contention analyse les chutes survenues dans la semaine et propose des actions de correction.</p> <p>Remarque 36 : Aucun compte-rendu des réunions de direction, d'analyse des pratiques, bientraitance, commission chute et contention ou de mini-formations n'a été transmis à la Mission d'inspection.</p>

N°IGAS	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>L'EHPAD n'a pas transmis d'éléments sur le nombre de résidents suivis, mais tous les résidents de la résidence ont un médecin traitant. Une convention signée par un des médecins traitants a été transmise.</p> <p>Il existe une liste des médecins traitants avec leur nom, leur adresse, leur numéro de téléphone fixe et de portable ainsi que leur courriel.</p> <p>En cas de besoin, l'IDEC ou l'AS référente les joint pour les renouvellements de prescription, pour venir consulter un résident.</p> <p>Le médecin coordonnateur intervient en cas d'urgence en l'absence du médecin traitant.</p> <p>Il a été confié à la mission que peu de médecins traitants utilisaient le logiciel de soin de l'établissement et que le médecin coordonnateur devait assurer la retranscription des prescriptions sur</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Écart 22 : Plusieurs médecins traitants intervenant dans l'EHPAD n'ont pas signé de contrat type comme le prévoit l'article L314-12 du CASF. </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>	Pas inspecté
3.1	3.1.7	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>Les transmissions inter équipes</u>	

3.2. Respect des droits des personnes

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.2	3.2.1	Respect des droits des personnes	<u>La place des familles</u>	<p>Les familles sont très présentes dans l'établissement. Elles ont une place importante au cœur de la prise en charge de leur proche.</p> <p>Au-delà de leur participation au PAP et au CVS, les familles sont au cœur du projet d'accueil de l'institution.</p> <p>En fonction de leurs besoins à elles et de ceux du résident, les professionnels interviennent. Par exemple, elles peuvent être suivies par la psychologue pour une écoute et un soutien. Ils participent au projet thérapeutique de la psychomotricienne pour leur proche. Elles sont au cœur des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires notamment lors de l'admission d'un résident ou en cas de problème avec l'institution.</p> <p>Dans le cadre de la fin de vie, elles sont accueillies sans restriction d'horaires et accompagnées.</p> <p>Quotidiennement, l'IDEC et l'AS référente répondent à leurs diverses demandes : soins, hôtellerie...</p> <p>Les familles peuvent déjeuner ou dîner avec leur proche. En cas d'événement familial, une salle attenante à la salle de restauration leur est proposée pour avoir plus d'intimité.</p> <p>La résidence reçoit aussi des dames de compagnie recruté par les familles. Certaines viennent pour les repas, ou sorties. Elles sont connues, mais n'apparaissent pas dans les PAP.</p>
3.2	3.2.2	Respect des droits des personnes	<u>La charte des Droits et Libertés des personnes accueillies</u>	La charte des droits et des libertés des personnes accueillies est affichée et remise avec le livret d'accueil.
3.2	3.2.3	Respect des droits des personnes	<u>Les personnes qualifiées départementales</u>	Dans le règlement de fonctionnement, il est annoncé que les résidents ont la possibilité de se faire assister par une personne dite « personne qualifiée » pour l'aider à faire valoir ses droits. La liste est disponible auprès de l'accueil de la Résidence.
3.2	3.2.4	Respect des droits des personnes	<u>La personne de confiance des résidents</u>	<p>Dans la procédure admission et dans le projet d'établissement, il est annoncé que le jour de l'admission, le directeur demande au résident s'il a désigné une personne de confiance dans le formulaire dédié. L'information est ensuite tracée dans ... et ...</p> <p>Une explication sur ce qu'est la personne de confiance est donnée. La recherche de la personne de confiance est également indiquée dans le règlement de fonctionnement, annexe du livret d'accueil.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				Il existe une procédure « recueil de la désignation de la personne de confiance » citée dans la procédure « Accompagnement de la fin de vie : les soins palliatifs » que la Mission inspection n'a pas reçue.
3.2	3.2.5	Respect des droits des personnes	<u>Les directives anticipées</u>	<p>Les directives anticipées ne sont pas inscrites dans le contrat de séjour, ni dans le livret d'accueil. Les soignants demandent au résident entrant s'il a rédigé ses directives anticipées et lui expliquent l'intérêt de les écrire. Les directives sont ensuite notées dans [redacted].</p> <p>Il existe une procédure « recueil des directives anticipées et ses annexes » citée dans la procédure « Accompagnement de la fin de vie : les soins palliatifs. » que la Mission inspection n'a pas reçue</p> <p>Remarque 37 : La Mission d'inspection n'a pas été destinataire de la procédure sur les directives anticipées.</p>
3.2	3.2.6	Respect des droits des personnes	<u>Les contentions</u>	<p>Les contentions sont comptabilisées et analysées dans le RAMA.</p> <p>En 2023, [redacted] % des résidents ont eu une contention. Au vu de toutes les contentions existantes, la conclusion de l'analyse repose sur un objectif de diminuer ce taux grâce à la participation de l'EHPAD à l'étude « chutes et contention ».</p> <p>Pour éviter de mettre sous contention un résident, les paramédicaux ont à leur disposition un document décrivant les alternatives à la contention.</p> <p>La procédure « la contention physique passive des personnes âgées » décrit quant à elle toutes les étapes de la mise sous contention du résident et le « qui fait quoi » et « comment ». Les prescriptions de contention sont systématiquement décidées en réunion pluridisciplinaire, prescrites et mises en place avec l'accord du résident et/ou son proche sur le formulaire « d'information et recherche de consentement sur la contention physique passive » et réévaluées chaque mois collégialement.</p>
3.2	3.2.7	Respect des droits des personnes	<u>L'identification des résidents (identitovigilance)</u>	<p>Dans [redacted], chaque résident a une fiche d'identité : son nom – son prénom – sa date de naissance – son numéro de chambre et sa photo.</p> <p>Ces éléments sont retrouvés sur des étiquettes au nom du résident placées sur les piluliers.</p>
3.2	3.2.8	Respect des droits des personnes	<u>Les mesures de protection juridiques en cas d'incapacité de gestion et protection des biens*</u> <u>Les mesures de protection des biens</u>	<p>Des vols ont été mentionnés par l'équipe malgré la présence de coffre-fort dans les chambres.</p> <p>Des rondes de nuit ont été effectuées par la direction. L'intervention de la police a été sollicitée, certaines résidentes avaient signalé des cas de vol. Il n'a pas été rapporté à la Mission qu'une plainte ait été déposée.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				Projet de mise en route d'une Vidéo surveillance dans les chambres : installation faite par un précédent directeur. En attente de l'accord de la préfecture pour mise en route.

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	<u>L'animation</u>	<p>Il est indiqué dans le projet d'établissement qu'une animatrice présente à temps plein sur la résidence et coordonne le pôle animation en étroite collaboration avec les soignants et les professionnels paramédicaux afin d'adapter au mieux les ateliers proposés selon le niveau de dépendance des résidents. La commission animation se réunit 3 fois par an. Compte rendu du 19 juin 2024 affiché à l'accueil.</p> <p>La mission constate que le responsable des activités animation a quitté son poste une quinzaine de jours avant la Mission d'inspection. Le stagiaire animation qui intervenait avec elle poursuit seul les animations dans l'attente de l'arrivée du nouvel animateur (recrutement effectué).</p> <p>Les animations se font aarez de chaussée ; Atelier au 2ème ou 5ème. Il y a une médiation animale : un chien va à la rencontre des résidents dans les chambres.</p> <p>Les programmes d'animation sont hebdomadaires et concernent aussi bien les unités classiques que l'UVP.</p>



Figure 4 Programme d'animation en unité classique



N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<i>Figure 5 Programme d'activités en UPV</i>

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><i>Figure 6 : Chambre</i></p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				 <p><i>Figure 7 : Douche et toilette avec un système d'alarme</i></p>
3.4	3.4.2	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Les enquête de satisfaction</u>	<p>Chaque année, l'EHPAD mène une enquête de satisfaction auprès des résidents et des proches ou tuteurs. En 2023, leur taux de satisfaction était de :</p> <ul style="list-style-type: none"> pour le cadre de vie, pour l'accompagnement et les soins, pour la restauration, pour la vie sociale. <p>Les taux de satisfaction globale et de confiance ont beaucoup baissé entre 2022 et 2023 passant pour la satisfaction globale de [redacted] et pour la confiance de [redacted]</p> <p>La directrice actuelle explique ces chiffres par le turnover des directeurs au sein de l'établissement : [redacted] l'établissement n'a pas eu de directeur fixe pendant longtemps.</p> <p>L'avis des résidents/familles est demandé sur :</p>

N°IGAE	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
			<ul style="list-style-type: none"> - qualité de l'hébergement, - restauration, - l'entretien des locaux, - qualité des soins et de l'accompagnement dans la vie courante. 	<p>Une nouvelle enquête de satisfaction informatisée est en cours au jour de l'inspection. Ce sont les familles ou les salariés de l'établissement qui la complète, sur réponse du résident. L'analyse des résultats est faite en extérieur. Les entretiens précisent que cette nouvelle enquête n'est pas anonyme.</p> <p>Seule une partie des résidents ont la capacité de répondre à l'enquête de satisfaction (une vingtaine selon la directrice de l'établissement).</p> <p>Remarque 38 : Le taux de satisfaction 2023 est inférieur à %.</p>
3.4	3.4.3	Vie quotidienne - Hébergement	<u>L'alimentation :</u> <u>Les régimes, textures</u> <u>La gestion des fausses routes</u> <u>La prévention de la dénutrition</u>	<p>Il y a une diététicienne au sein de la structure. Les 3 textures des repas sont respectées :</p>  <p><i>Figure 8 : Menu normal</i></p>



Figure 9 : Menu en partie haché

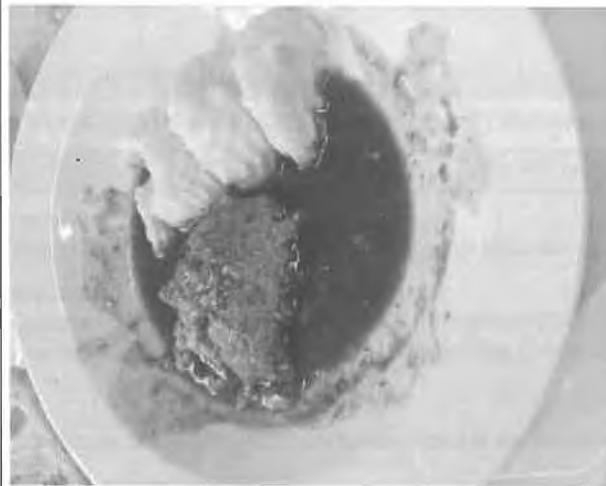


Figure 10 : Menu mixé

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Dès le 1^{er} mois, le diagnostic de dénutrition est établi. Un tableau recensant les résidents dénutris est affiché en cuisine et mis à jour quotidiennement. Un objectif de prise en charge de la dénutrition est fixé dans le PAP. Les résidents dénutris sont suivis et leur prise en soins et réévaluée régulièrement.</p> <p>Le chef de cuisine est formé à l'enrichissement des repas. Il enrichit les plats dès la production avec de . Les portions servies sont copieuses.</p> <p>La Mission inspection a goûté les plats en salle à manger au moment du déjeuner. L'ambiance y était conviviale entre les résidents, avec les familles et les personnels, facteur favorable à une nutrition de qualité chez la personne âgée.</p> <p>En ce qui concerne les résidents avec des troubles dysphagiques, des mets hachés ou mixés leur sont servis. La présentation de ces textures modifiées est appétente.</p> <p>La Mission inspection n'a trouvé aucun élément sur la prise en charge des fausses routes hormis les formations à l'AFGSU 2. Dans une fiche réflexe « situation d'urgence médicale », la fausse route est évoquée en tant que situation de gravité absolue pour laquelle il faut porter secours, donner l'alerte mais pas comment le faire.</p>
3.4	3.4.4	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Les mets de substitution</u>	<p>Afin de favoriser la nutrition des résidents et leur envie de manger, des mets de substitution sont systématiquement proposés. A son entrée, les soignants recueillent les non-goûts du résident qu'ils notent dans Netsoins et transmettent ensuite l'information à la cuisine.</p> <p>La cuisine prend en compte les demandes de changement de menu avant 10 heures.</p>
3.4	3.4.5	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Les repas</u>	<p>Le chef cuisinier salarié est en poste . Tout est cuisiné sur place.</p> <p>Il y a espaces de restauration : un espace avec une cuisine ouverte, une unité des grands dépendants et une grande salle lumineuse au RDC. Un salon permet aux familles de s'isoler avec leur proche pour déjeuner ou de venir à plusieurs. Les familles ont la possibilité de s'inscrire pour le déjeuner jusqu'au matin 10h. Des modifications de menus sont possibles.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires								
				<p>Une restauration gourmande alliant nutrition et plaisir</p> <p>La restauration est effectuée sur place par notre chef de cuisine et son équipe.</p> <p>1. Les horaires</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Petit-déjeuner</th> <th>Déjeuner</th> <th>Goûter</th> <th>Dîner</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Servi en chambre à partir de</td> <td>Servi au restaurant à partir de</td> <td>Servi dans les salons ou dans votre chambre à partir de</td> <td>Servi au restaurant à partir de</td> </tr> </tbody> </table> <p>Une collation vous est proposée le soir, si vous le souhaitez.</p> <p>Un contretemps ? L'impossibilité de respecter les horaires de repas indiqués ? Un plateau vous sera servi après nous en avoir averti. Sur recommandation médicale, les repas peuvent aussi être pris en chambre.</p> <p>L'établissement est doté d'un espace cuisine/animation où le chef propose aux résidents et famille de goûter de nouvelles recettes. L'animation se fait sous forme de tests culinaires.</p> <p>Les entretiens précisent que dans la salle du RDC, les tables du fond à proximité des cuisines sont réservées aux personnes nécessitant de l'aide. Des couverts ergonomiques sont présents sur l'une des tables.</p>	Petit-déjeuner	Déjeuner	Goûter	Dîner	Servi en chambre à partir de	Servi au restaurant à partir de	Servi dans les salons ou dans votre chambre à partir de	Servi au restaurant à partir de
Petit-déjeuner	Déjeuner	Goûter	Dîner									
Servi en chambre à partir de	Servi au restaurant à partir de	Servi dans les salons ou dans votre chambre à partir de	Servi au restaurant à partir de									

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				 <p>Lors du déjeuner, la mission inspection a noté un grand respect du rythme des résidents pour manger. Les personnels ont expliqué que les petits déjeuners sont distribués en fonction du réveil des résidents. Soit tôt dans la matinée ou plus tard s'ils aiment faire la grasse matinée. Une collation est servie dans la soirée pour éviter le jeûne nocturne supérieur à 12 heures. Les résidents choisissent ce qu'ils souhaitent boire et/ou manger entre une tisane, un jus de fruits, du pain de mie, du beurre, de la confiture, des gâteaux. Rien n'est établi pour avoir une collation nocturne ayant un impact sur l'endormissement, un meilleur sommeil, une glycémie régulée...</p> <p>Remarque 39 : Le personnel ne dispose pas d'exemples d'association de glucides complexes et des protéines pour avoir une collation nocturne de qualité comme préconisé par le CERENUT (Centre Ressources Nutrition et l'ARS de Nouvelle Aquitaine).</p>

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>La procédure « <i>prise en charge de la dénutrition du sujet âgé</i> » décrit les modalités de suivi du résident aussi bien par les examens biologiques, que par la pesée des résidents effectuée chaque mois ou semaine voire deux fois par mois pour les résidents présentant une dénutrition sévère. Pour les pesées, les aides-soignants disposent d'une chaise de pesée sur chaque étage, de balance à impédancemétrie et d'une plateforme de pesée au 2^{ème} étage.</p> <p>Il y a aussi à disposition un dynamomètre de flexion.</p> <p>La liste des résidents dénutris est à disposition dans et sortie quotidiennement pour la cuisine.</p>
3.4	3.4.7	Vie quotidienne - Hébergement	<u>L'aide aux repas, troubles de la déglutition</u>	<p>Il n'existe pas de procédure d'aide au repas.</p> <p>Les personnels soignants et la cuisine ont une liste des résidents à servir en chambre ou en salle à manger. Un plan de table est affiché en salle à manger. A la place du résident un chevalet avec son nom et des pastilles de couleur est posé près de son verre. Il permet aux serveurs par exemple de repérer si la personne mange en texture mixée, boit de l'eau gazeuse. La légende de ces pastilles est affichée en cuisine.</p> <p>Remarque 40 : <u>La procédure d'aide au repas n'a pas été présentée à la Mission d'inspection.</u></p>

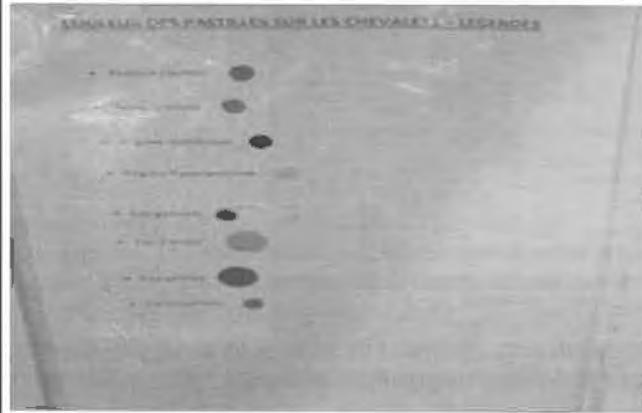
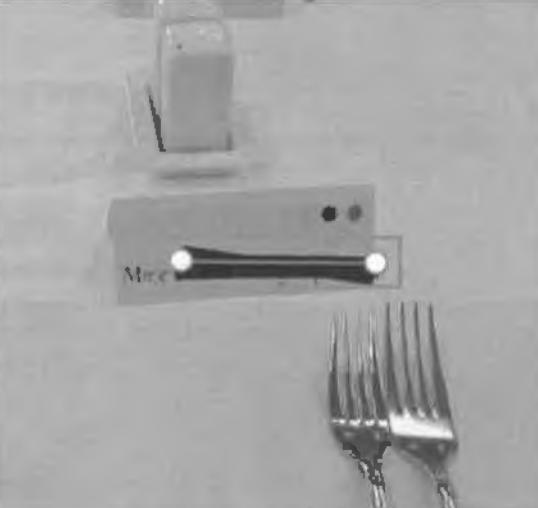


Figure 11 : Code des couleurs



Figure 12 : Plan de table

N°IGAS	N°UGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				
3.4	3.4.8	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Les toilettes</u>	<p>Les soignants ont affirmé à la Mission que les toilettes sont faites tous les jours. En moyenne, sept toilettes par aide-soignant. Elles sont inscrites dans le plan de soins et leur réalisation tracée dans ... Dans le cadre du maintien de l'autonomie et des habitudes de la personne accueillie, le nursing est indiqué dans son PAP.</p>
3.4	3.4.9	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Les changes</u>	<p>Dans le PE, il est annoncé que l'usage des protections n'est mis en place qu'en dernier recours après que le résident a bénéficié d'un bilan médical et d'actions spécifiques de kinésithérapie, d'une programmation mictionnelle...</p> <p>Chaque mois, L'IDEC commande les protections nécessaires au besoin de chaque résident via le logiciel Hartmann. Les soignants sont formés deux fois par an à l'utilisation des changes par Hartmann.</p> <p>La mission note que cette pratique du change ... n'est pas appropriée pour un accompagnement personnalisé du résident. Il s'agit d'une organisation qui garantit la non-salissure des lits par des fuites d'une protection changée la veille au soir plutôt que d'un accompagnement personnalisé qui respecte le sommeil. Réveiller un résident pour le changer doit être soumis au résident ou son proche et être tracé dans le PAP.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Écart 23 : Réveiller pour changer systématiquement tous les résidents à 05h00 du matin contrevient à l'article L311-3 - 1 et au D12-155-0-3° du CASF (relatif au PAP)</p>
				<p>Remarque 41 : Les changes sont faits selon une planification systématique et non selon le besoin individuel du résident</p>
3.4	3.4.10	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Les besoins en protections de recueil d'excréments</u>	Cf ci-dessus
3.4	3.4.11	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Le circuit du linge</u>	

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

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.5	3.5.1	Soins	<u>Equipe pluridisciplinaires mobilisées pour la PEC des résidents</u>	Les professionnels de santé mobilisés pour la prise en soins des résidents sont : le médecin coordonnateur, l'IDEC, l'AS référente, les médecins traitants libéraux, la psychologue, les aides médico-psychologique, les AVS, les aides-soignants, l'ergothérapeute en attente de recrutement, les infirmiers, les kinésithérapeutes libéraux, les orthophonistes libéraux, le pharmacien d'officine, diététicien du groupe, psychomotricienne.
3.5	3.5.2	Soins	<u>Organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins</u>	Deux équipes de soins A et B (IDE-AS-AVS-AMP) travaillent en 12heures sauf l'équipe qui a pour horaire 09h30-19h30. Cela permet d'assurer la continuité des soins et les transmissions inter équipes, 7jours sur 7 comme évoqué au point 2.1.11
3.5	3.5.3	Soins	<u>La coordination du MédCo, de l'IDEC, du pharmacien</u>	Le médecin coordonnateur et l'IDEC interviennent auprès des équipes soignantes lors des réunions pluridisciplinaires du mercredi. Ils leur dispensent également des mini formations. En dehors de la présence des médecins traitants, le médecin coordonnateur intervient en soutien sur des points précis avec les IDE, l'IDEC et l'AS référente. L'IDEC participe aux transmissions inter équipes quotidiennes. En ce qui concerne les soins, elle vérifie et corrige les pratiques des IDE comme par exemple, la traçabilité en temps réel des traitements administrés pas toujours réalisée. Elle apporte également son expertise sur les pansements et les soins. Elle encadre les nouvelles IDE.

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Elle fait des entretiens d'embauche de soignants.</p> <p>Elle fait les entretiens d'évaluation des soignants</p> <p>L'EHPAD a une convention signée en janvier 2024 pour une durée indéterminée avec une pharmacie du 18^{ème} arrondissement.</p>

3.6. Soins : Les moyens pour la prise en soin

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.6	3.6.1	Soins	<u>Le poste de soins</u>	<p>Le poste de soins est situé au 2^{ème} étage. Il est composé de trois pièces.</p> <p>Dans la principale se trouve le bureau avec l'ordinateur, les classeurs de procédures, Au-dessus du bureau est accroché le tableau de suivi avec les noms des médecins traitants, les séances de kinésithérapie des résidents... Un classeur mural est accroché avec des procédures concernant notamment la conduite à tenir lors d'une hospitalisation ou d'un AES.</p> <p>Au coin gauche de l'entrée, dans un coin très encombré, deux obus d'O2, le sac à dos d'urgence et l'aspirateur de mucosités sont posés sur un chariot. L'aspirateur n'est pas branché. Il n'y a pas de traçabilité de la recharge de la batterie de l'aspirateur.</p> <p>Sur le mur se trouve les feuilles de traçabilité de la vérification du sac à dos d'urgence.</p> <p>En entrant à droite est entreposé un carton à DASRI.</p> <p>Une pièce en rentrant à gauche sert de réserve. Dans une autre pièce sur la gauche sont entreposés les chariots de soins, de médicaments, les armoires à pharmacie, le coffre à toxiques dans une armoire et celui dans lequel est mis l'argent pour SOS médecin. Un carton Cyclamed® où sont jetés les médicaments.</p> <p>La Mission inspection constate que les locaux ne sont pas rangés correctement. Ils sont sales, pas très accessibles au vu de l'encombrement. Un bidon avec un produit toxique est posé à même le sol d'une réserve.</p> <p>Sur la paillasse, il y a un détergent-désinfectant. La date d'ouverture du flacon n'est pas indiquée. La mission n'a pas vu avec quoi le bionettoyage des surfaces est réalisé.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p><i>Figure 14 : Paillasse et aperçu du coin du poste de soins</i></p> <p><i>Figure 15 : Produit toxique à même le sol dans une réserve du poste de soins</i></p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.6	3.6.2 Soins	<u>Les équipements du poste de soins</u>		<p>Dans un coin très encombré à gauche en entrant dans la salle de soins, se trouvent deux obus d'O2 sur un diable, le sac à dos d'urgence et l'aspirateur de mucosités posés sur un meuble. L'aspirateur n'est pas branché. Il n'y a pas de traçabilité de la recharge de la batterie de l'aspirateur. Sur le mur se trouve les feuilles de traçabilité de la vérification du sac à dos d'urgence.</p> <p>Dans la salle de soins, il y a deux moniteurs de signes vitaux. Sur les chariots de soins, il y a un appareil à glycémie capillaire. Un appareil à ECG est sur un chariot dans une réserve</p> <p>La mission a observé un certain nombre de flacons de solution hydro-alcoolique. Tous sont ouverts, la date d'ouverture n'est pas indiquée sur tous.</p>  <p>Figure 16 : Sac à dos d'urgence et aspirateur de mucosités de traçabilité dans le poste de soins du 2ème étage</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				 <p><i>Figure 17 : Appareil à ECG derrière un chariot de médicaments</i></p> <p>Remarque 42 : L'encombrement autour du matériel d'urgence ne permet pas la prise rapide du matériel en cas d'urgence vitale</p>
3.6	3.6.3 Soins		<u>La sécurisation du poste de soins</u>	<p>Un code sur la poignée de la porte du poste de soins permet de garantir la sécurité des données médicales, d'éviter l'intrusion de personnes étrangères aux services de soins, d'éviter tous vols de médicaments et de matériels.</p> <p>Au cours de la visite d'inspection, à plusieurs reprises, la mission a trouvé la porte ouverte sans personnel soignant dedans</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Figure 18 : Porte salle de soins ouverte</p>
				<p>Ecart 24 : Ne pas garantir la protection des données médicales et confidentielles du résident contrevent aux articles R4312 – 35 du CSP et L311 – 3 4° du CASF</p>
3.6	3.6.4	Soins	<u>Les projets de soins individualisés (PSI)</u>	Dossiers informatisés du résident non consultés.
3.6	3.6.5		<u>L'organisation du travail des nouveaux professionnels IDE, AS, AES, ... (nouveaux CDI/CDD, vacataires, intérimaires, stagiaires)</u>	<p>Un livret d'accueil est distribué aux nouvelles IDE dès leur arrivée avec les différents codes d'accès à , au portail</p> <p>Sont indiqués <u>concernant les soins</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> – La possibilité de faire intervenir un manipulateur radio, un dentiste, Pallidom, les ambulanciers, – Des renseignements sur les jours d'intervention de la préleveuse ou quoi faire en cas d'urgence, – La délivrance des toxiques, – La gestion et la localisation des DASRI, – La dotation de la pharmacie, les traitements de nuit, – La prise en soins des chutes, – La prise des constantes, – Les compléments alimentaires, – Les décès... <p><u>Concernant l'organisation :</u></p> <p>Selon l'heure de prise de poste, l'affectation des IDE par secteur, l'heure de pause,</p> <p>Les activités du week-end,</p> <p>Les horaires des soins : distribution des médicaments,</p>

N°IAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Cahier de transmissions, classeur de procédures, coordonnées...</p> <p><u>Par rapport aux résidents :</u></p> <p>Les différentes surveillances et vérifications à faire pour les repas, Par étage, les surveillances spécifiques de chaque résident...</p> <p>Dans le livret d'accueil, il n'est pas fait référence aux contentions des résidents ou des rappels sur les urgences vitales L'IDEC et l'AS référente sont disponibles pour les renseigner.</p> <p>Remarque 43 : Dans le livret d'accueil, il n'y a pas le trombinoscope des résidents ni de rappels sur l'identitovigilance.</p>
3.6	3.6.6 Soins	<u>Les dossiers de liaison d'urgence (DLU)</u>		<p>Les dossiers de liaison d'urgence sont réactualisés au minimum tous les ans et lorsque l'état de santé des résidents change. Les dossiers sont conservés et sont également sortis sur papier par l'encadrement des soins. Ils sont rangés ensuite dans le poste de soins afin que tous les personnels de l'EHPAD ou les vacataires, intérimaires y aient accès 24h/24. Cette information est indiquée dans le livret d'accueil des IDE.</p>
3.6	3.6.7 Soins	<u>Le chariot d'urgence</u>		<p>La place du chariot d'urgence, de l'aspirateur et des obus d'O2 dans la salle de soins serait correcte si l'environnement n'était pas si encombré.</p> <p>Le sac à dos d'urgence est scellé. Il est vérifié mensuellement chaque 1^{er} mercredi pour une livraison jeudi. La dernière vérification date d'avril 2024 le jour de la visite d'inspection.</p> <p>Les obus d'O2 sont sur des diables, maintenus par un système de fixation pour éviter leur chute lors du déplacement.</p>  <p><i>Figure 19 : Tracabilité de la vérification de la trousse d'urgence en avril 2024</i></p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				 <p>Figure 20 : Fiche d'enregistrement des contrôles du stock d'urgence des dispositifs médicaux</p>
3,6	3.6.8 Soins	Le défibrillateur automatique externe (DAE)	<p>Le défibrillateur automatique externe est installé à côté de l'accueil, dans un endroit encombré. Il est accompagné d'une signalétique.</p> <p>Une soignante interrogée ne savait pas où il se trouve. Elle n'a cité que le défibrillateur du sac à dos d'urgence.</p> <p>Remarque 44 : La position du défibrillateur automatique externe n'est pas connue de tout le personnel soignant.</p>	 <p>Figure 21 : Défibrillateur entre l'accueil et les bureaux de la direction</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.6	3.6.9	Soins	<u>Prévention, dépistage et protocole de gestion de la douleur</u>	<p>Il existe une procédure « <i>Analyse et évaluation de la douleur</i> » de 2017 qui permet de dépister, évaluer et analyser la douleur chez la personne âgée.</p> <p>Les résidents qui nécessitent une pompe à morphine sont pris en soins par la HAD.</p>
3.8	3.6.10	Soins	<u>Les soins palliatifs</u>	<p>Une procédure « <i>Accompagnement de la fin de vie : les soins palliatifs</i> » revue en 2021 reprend les prérequis indispensables à la prise en soins palliatifs d'un résident avec notamment les documents nécessaires à la décision et à l'accompagnement du résident :</p> <ul style="list-style-type: none"> La fiche Pallia 7, Les outils d'aide à la décision pour les soins palliatifs Les directives anticipées, la personne de confiance, La collaboration avec la HAD pour la mise du résident sous sédation profonde, La fiche urgence Pallia, Les prescriptions anticipées dans [redacted] <p>Une procédure spécifique pour la prise en soins des résidents cancéreux en fin de vie « <i>Fin de vie-Aide à la prescription / accès douloureux paroxystiques (ADP)</i> » revue en 2024 précise les deux alternatives thérapeutiques possibles pour soulager une douleur « <i>...aigüe neuropathique ou mixte sur fond chronique...</i> ». </p> <p>Un document sur « <i>l'accompagnement musical en fin de vie</i> » décrit les bienfaits de la musique et quelles musiques peuvent être proposées à un résident en fin de vie.</p> <p>Dans le PE, il est annoncé une convention avec le réseau</p> <p>Plusieurs conventions sont signées avec des HAD : Santé Service, la Croix Saint Simon, l'AP-HP. Des dossiers dormants sont ouverts pour une intervention rapide de l'HAD au moment de la fin de vie du résident.</p> <p>Dans le compte-rendu du CVS du 05/04/24, la procédure sur les soins palliatifs a été présentée. Il a été précisé que « <i>ces soins seraient réalisés par une équipe pluridisciplinaire composée d'un réseau mobile (...)</i> ». </p>
3.8	3.6.11	Soins	<u>Les procédures et protocoles de soins</u>	<p>Une fiche réflexe « <i>Situation d'urgence médicale</i> » indique le déroulé des actions à faire en cas de « situation de gravité absolue » pour laquelle « le pronostic vital est engagé » (AVC, fausse-route, arrêt cardio-respiratoire) et « la situation de gravité relative » pour laquelle « le pronostic vital n'est pas engagé ». Une fiche réflexe et un document « <i>en cas de chute d'un résident</i> » sur la conduite à tenir devant une chute indiquent aux personnels quoi faire en fonction du niveau de gravité. Il n'y a pas de procédure sur l'épilepsie ou la prise en charge du résident diabétique.</p> <p>Les professionnels ont accès aux procédures via le portail qualité et sur papier dans un classeur. Cela est indiqué dans le livret d'accueil des IDE.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires

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

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8	3.7.1	Soins	<u>La traçabilité des soins par les professionnels de l'EHPAD</u> <u>Les pansements</u>	<p>L'inspection ayant été réalisée sans médecin, il a été impossible de vérifier si les soins étaient tracés correctement dans</p> <p>La traçabilité des soins doit être réalisée en temps réel. Dans les faits l'encadrement indique à la Mission que les AS les tracent en fin d'activité, avant une pause par exemple. En ce qui concerne les activités des IDE, il leur est demandé de tracer en temps réel leurs soins notamment la distribution des médicaments sur les tablettes à disposition.</p> <p>Le jour de l'inspection, une des IDE a indiqué à la Mission qu'elle avait deux petits pansements à faire. Ils sont prescrits et indiqués dans le plan de soins et dans le cahier de transmissions à l'accueil pour les intérimaires ou pour les vacataires. Une procédure « <i>Pansements de plaies de décubitus et de plaies chroniques</i> » et son annexe « <i>Diagramme coloriel</i> » ainsi qu'un document « <i>diagnostic et compression des ulcères de jambes</i> » est à disposition des soignants. Elles décrivent les différents stades et types des plaies et les actions à réaliser pour les soigner.</p> <p>Les IDE font des photos qu'elles placent ensuite dans Netsoins. Elles disent évaluer les plaies qualitativement et quantitativement.</p> <p>Lorsque les pansements sont trop importants en termes de temps et en termes de technique, l'EHPAD fait appel à l'HAD. Dans le RAMA 2023, aucun pansement d'escarre n'a été réalisé par l'HAD</p> <p>Ecart 26 : Incrire des données de soins dans le cahier de transmissions à l'accueil contrevient à l'article L311-3 4° du CASF.</p>
3.8	3.7.2	Soins	<u>Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs</u>	<p>Lors des entretiens, il a été confirmé que les intervenants libéraux transmettent leurs rapports et observations dans</p>

3.8. Soins : Le circuit du médicament

N°IGAS	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>Plusieurs procédures encadrent le circuit du médicament de la prescription à la traçabilité de la prise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les procédures « gestion du rangement et de la préparation des médicaments délivrés » et « Circuit du médicament- Distribution des médicaments » de 2022 encadrent et sécurisent le circuit de la prescription à la traçabilité de la prise. - La procédure sur la « récupération, la création et gestion des prescriptions et fiches de traitement » de 2023 indique les étapes à suivre de la convention signée entre l'EHPAD et l'officine au traitement des prescriptions par l'IDE : envoi des prescriptions, programmation du renouvellement du traitement par le médecin traitant. - Une procédure sur « l'encadrement de la gestion personnelle des médicaments » par le résident qui date de 2017. - Une procédure de 2016 sur la préparation des doses à administrer (PDA) précise les points d'attention portés par l'IDE lorsqu'il prépare ces traitements non préparés dans les piluliers ; gouttes, anticoagulants, toxiques... - Une procédure « Ecrasement et sécabilité des traitements / recommandations » de 2022 sensibilise les soignants à la prise des traitements chez un résident qui a des troubles dysphagiques. Elle vise à « réduire le nombre de broyages en salle de soins... ». - La procédure « Gestion de la préparation des médicaments via le logiciel bidirectionnel interfacé avec » de 2020 a pour objet d'« encadrer et sécuriser le circuit du médicament de la prescription à l'administration avec le logiciel bidirectionnel interfacé à » . Elle n'est pas à jour puisque les piluliers arrivent sur des plateaux et ne sont pas préparés dans l'EHPAD par un préparateur en pharmacie. Les prescriptions sont uniquement faxées et non plus envoyées par mail. <p>Remarque 45 : Les procédures sur « l'encadrement de la gestion personnelle des médicaments » et celle sur la PDA datent de plus de cinq ans.</p> <p>Remarque 46 : Le process de commande de traitements décrit dans la procédure « Gestion de la préparation des médicaments via le logiciel bidirectionnel interfacé avec » n'est plus d'actualité</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8	3.8.2	Soins	<u>L'identitovigilance des résidents</u> <u>L'identification des médicaments jusqu'à l'administration</u>	<p>Dans ..., chaque dossier de résident comprend sa photo. Celle-ci est retrouvée sur l'étiquette du résident collée sur le pilulier. L'identitovigilance lors de la distribution des médicaments est prescrite dans la procédure sur la distribution des médicaments ainsi que dans le document de mini-formation sur la « délégation d'administration de traitements aux soignants. » de jour et de nuit.</p>  <p>Figure 22 : Piluliers identifiés par une étiquette au nom et photo du résident</p> <p>Écart 26 : Le principe de délégation d'administration de traitements aux soignants par l'IDE n'est pas conforme à la réglementation et à la notion de collaboration , ce qui contrevient à l'article R4311-4 du CSP.</p>
3.8	3.8.3	Soins	<u>Les moyens de transmissions entre l'EHPAD et l'officine en pharmacie</u>	<p>Les prescriptions médicales renouvelées ou les nouvelles prescriptions sont faxées à la pharmacie. Si la commande est passée avant 14h00, les traitements seront livrés dans la journée. Les traitements en « si besoin » et la dotation générale des médicaments est passée tous les mercredis et livrée le jeudi. Chaque 1er mercredi du mois, la commande des médicaments du sac à dos d'urgence et des consommables est passée pour une livraison le jeudi.</p>
3.8	3.8.4	Soins	<u>Le stock de médicament pour besoins urgents</u>	<p>L'établissement dispose d'une dotation de médicaments pour les besoins urgents stockés dans une caisse dans le poste de soins sécurisé. Ce stock est au « maximum un mois » indiqué dans le PE afin de ne pas avoir de perte et de faciliter le contrôle trimestriel des dates de péremption. Sur la caisse, il y a un listing des médicaments qui y sont stockés avec la quantité, la forme (sachets, comprimés...), la date de péremption, la date de vérification et la signature de l'IDE par traitement. Lors de la visite, la caisse avait été vérifiée début juin 2024.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				 <p><i>Figure 23 : Caisse des médicaments pour les besoins urgents</i></p>
3.8	3.8.5 Soins	<u>Les stupéfiants</u>		<p>La procédure sur le rangement et la préparation des médicaments délivrés évoque l'existence d'un document « stupéfiants ou assimilés » que l'EHPAD des Batignolles n'a pas fourni à la Mission. Lors de la visite d'inspection, la Mission a vu le coffre sécurisé des toxiques. Dans le PE, il est indiqué que la photocopie de la prescription est rangée dans le coffre avec le traitement « La copie de l'ordonnance est présente avec le produit où figure le numéro de registre, ainsi que l'étiquette avec l'identité du résident... Les stupéfiants sont préparés et administrés uniquement par les IDE... L'original de l'ordonnance figure au regard de suivi et d'administration des stupéfiants ... ». La traçabilité des stupéfiants est réalisée sur une fiche individuelle d'administration et de surveillance des toxiques qui n'a pas été présenté à la mission.</p> <p>Écart 27 : La traçabilité des stupéfiants n'a pas été présentée à la mission, ce qui contrevient aux articles R5132-36 CSP et R5126-109 CSP.</p> <p>Remarque 47 : Les pratiques professionnelles sur la gestion et la traçabilité des stupéfiants ne sont pas respectées.</p> <p>Si dans le PE, il est affirmé que « Les stupéfiants sont préparés et administrés uniquement par les IDE », le mode dégradé d'administration des stupéfiants en l'absence d'IDE est annoncé dans plusieurs documents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le protocole « cas particulier interdose de morphine » du protocole « Mini formation délégation d'administration des traitements de jour et de nuit » dans lequel il est inscrit qu'«en cas de nécessité d'interdose de nuit et en l'absence d'IDE, L'IDE(de jour) prépare l'interdose prescrite par le médecin et le trace sur fiche individuelle de gestion du stock. Elle remet au soignant de nuit l'interdose de façon sécurisée (ex : dans une enveloppe fermée au nom du résident

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>remise de façon sécurisée – ex : châssis fermant à clé ou autre système de sécurité) ... Si il n'y a pas eu d'administration. l'enveloppe est remise à l'IDE (qui la remet au coffre) ou remise dans un système sécurisé... » Le protocole n'indique pas ce que l'IDE fait de l'interdose sortie la veille. comment elle corrige sur la fiche individuelle la non prise de traitement, pourquoi il n'a pas été donné sachant que tout médicament stupéfiant sorti du stock ne peut être remis dans le stock... et doit être rendu à l'officine pour destruction. Le registre des entrées- sorties des toxiques en l'occurrence la fiche individuelle ne doit pas être modifiée a posteriori : pas de blanc, de rature, ou de surcharge</p> <p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> - la procédure sur la distribution du médicament dans laquelle on lit un point sur le « mode dégradé » pour « l'administration des traitements à risques par l'AS/AMP/AES/ASG » en l'absence de l'IDE... <p>Ecart 28 : Autoriser les AS/AMP/AES et ASG à distribuer des toxiques contrevient à l'article 4311-7 du CSP.</p> <p>Ecart 29 : Une interdose de morphine doit être sortie du coffre au moment de la prise, indiquée dans le cahier des toxiques et ne pas être remise dans le coffre avec aucune modification de la traçabilité. La situation exposée sur le flyer « cas particulier interdose de morphine » contrevient à l'article R5132-36 du CSP.</p> <p>Remarque 48 : En l'absence d'IDE de nuit, une permanence d'IDE d'astreinte téléphonique par exemple est recommandée par l'Ormétid Ile de France</p>
3.8	3.8.6 Soins	<u>Les prescriptions médicales</u>		<p>Une liste de 23 médecins traitants avec leurs coordonnées pour 20 d'entre eux a été fournie à la mission. Le plus grand nombre prescrit sur papier. Ces ordonnances sont ensuite recopiées par le médecin coordinateur dans le dossier informatisé du résident.</p> <p>Les soignants rencontrés ont également précisé que les prescriptions de soins de rééducation sont dans Netsoins.</p>
3.8	3.8.7 Soins	<u>La liste préférentielle de médicaments (LPM)</u>		Non inspecté
3.8	3.8.8 Soins	<u>La retranscription des prescriptions dans le dossier médical</u>		<p>Cf. 3.8.6</p> <p>Les IDE ne saisissent pas les prescriptions papier dans</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8	3.8.9	Soins	<u>La dispensation des médicaments par l'officine en pharmacie</u>	<p>L'officine s'appuie sur la prescription reçue par fax.</p> <p>Dans la procédure « Récupération, création et Gestion des prescriptions et fiches de traitements », il est indiqué que lors d'une prescription manuscrite, « ...le pharmacien saisit le plan d'administration de traitements dans son logiciel... de préparation de doses à administrer ce plan de traitements est automatiquement intégré dans le logiciel ... »</p>
3.8	3.8.10	Soins	<u>Médicaments : préparation des piluliers</u>	<p>Les piluliers sont préparés pour une semaine par l'officine. Ils sont livrés dans des cartons par secteur. A la livraison, l'IDE vérifie si le nombre de piluliers est exact. En cas de changement de traitement au cours de la semaine, l'IDE faxe le nouveau traitement et retire si besoin le traitement arrêté. A la réception du nouveau traitement, l'IDE place le nouveau traitement non déblistérisé dans le pilulier pour les prises à suivre.</p>
3.8	3.8.11	Soins	<u>La préparation des médicaments (hors piluliers)</u>	<p>L'IDE est chargée de préparer les traitements hors-piluliers. Cette préparation est réalisée en se conformant à la dernière prescription lue sur l'ordinateur ou de la prescription dépassant du classeur lorsqu'il y a un changement et que la prescription n'est pas encore informatisée.</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 - vérification des traitements est faite dans le poste de soins à partir de la prescription sur la tablette sur le chariot de soins ou du classeur de traitements.</p>
3.8	3.8.13	Soins	<u>Le stockage des médicaments (stock individuel, chariot médicaments)</u>	<p>Le stockage des médicaments est conforme à la réglementation : dans des armoires sécurisées. Dans le poste de soins, il y a un réfrigérateur dont les températures ne sont pas relevées chaque jour. La mission est venue le 11 juillet et aucune température n'avait été relevée depuis le début du mois.</p> <p>Chaque mois, l'IDE ou l'IDEC doivent assurer le nettoyage et le dégivrage du réfrigérateur à médicaments. En janvier, mai – juin 2024, la traçabilité n'est pas indiquée sur la fiche de suivi. Au 11 juillet, date de la visite d'inspection, rien n'est encore indiqué sur cette fiche.</p>



Figure 24 : Traçabilité du nettoyage et dégivrage du réfrigérateur à médicaments

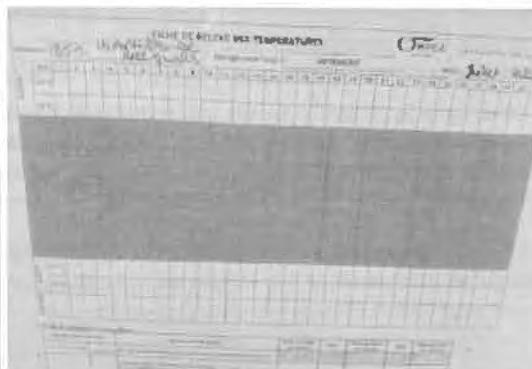


Figure 25 : Feuille de traçabilité du frigo du poste de soins non remplie

Ecart 30 : L'absence de nettoyage du réfrigérateur plusieurs mois majore les risques pour le résident de recevoir un traitement périmé. Ceci contrevient à l'article L311-3° du CASF.

Remarque 49 : La fiche de traçabilité n'indique pas la programmation du nettoyage et dégivrage du réfrigérateur ni la vérification des dates de péremption des médicaments.

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8	3.8.14 Soins		<u>Les dates de péremption des médicaments</u>	<p>Dans la procédure « <i>Gestion du rangement des médicaments délivrés</i> » de 2022, il est indiqué : « <i>Une fois par trimestre, l'IDE ou la pharmacie vérifie les dates de péremption des boîtes et le stock de médicaments (inférieur à 5 semaines – sortie des médicaments qui ne sont plus utilisés pour mise dans le cyclamed). La vérification est tracée sur la fiche de contrôle.</i> ». La mission d'inspection n'a pas vu la traçabilité de ces vérifications et n'a pas été destinataire de documents.</p> <p>Écart 31 : Les dates de péremption des médicaments multi usages ne sont pas indiquées sur les flacons ouverts contrairement à l'article R4312-38 CSP.</p> <p>Remarque 50 : La procédure de gestion et de rangement des médicaments existe, mais elle n'est pas appliquée.</p>
3.8	3.8.15 Soins		<u>La liste des médicaments écrasables</u>	<p>La liste des médicaments écrasables fournit à la mission inspection est la liste de l'Omédit d'avril 2024. Tout y est décrit pour administrer dans les règles de bonnes pratiques professionnelles les traitements.</p> <p>Les IDE disposent sur leurs chariots de médicaments d'un broyeur de médicaments avec des sachets de récupération du traitement.</p>
3.8	3.8.16 Soins		<u>La délégation de l'IDE de l'administration des médicaments</u>	<p>L'établissement a fourni un certain nombre de documents évoquant la collaboration des AS /AMP/AES lors de la distribution et l'aide à la prise des traitements pas toujours corrélés entre eux :</p> <ul style="list-style-type: none"> -La procédure « <i>Circuit du médicament – Distribution des médicaments</i> », -Une mini formation « <i>délégation d'administration de traitements aux soignants</i> », -Un document intitulé « <i>Organisation des remplacements – En cas d'absence d'AS ou d'IDE</i> », -La « <i>fiche métier –AS/Accompagnement éducatif et social de nuit</i> » lors de distribution par l'AMP comme par l'AES. <p>Dans ces documents, la collaboration de l'IDE avec les AS et les auxiliaires médicaux ne prend pas en compte l'inscription de l'acte dans la liste du rôle sur prescription de l'IDE et ne se fait pas au regard du respect de la qualification reconnue par la formation initiale. Ceci constitue alors une mise en danger du résident faute de compétences professionnelles et dépassement de tâches des AS et auxiliaires médicaux notamment lors de l'administration des stupéfiants la nuit.</p>

N°IDAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Écart 32 Organiser la distribution des traitements par les auxiliaires médicaux en l'absence d'une IDE et notamment la distribution des traitements sensibles relève du rôle sur prescription de l'IDE. L'organisation en place contrevient aux articles R4311-4, R4311-5 4° et 4311-7 du CSP.</p>
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 des traitements est effective dans pas fait, l'IDEC leur rappelle leurs obligations.</p> <p>Les IDE tracent en temps réel et si cela n'est</p>

4. Relations avec l'extérieur

4.1. Coordination avec les autres secteurs

NIGAS	NFLUCHÉ	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>L'EHPAD dispose d'une convention signée le 14 décembre 2023 et valable pour cinq ans avec le GHU de l'AP-HP Nord.</p> <p>La convention a pour objet de développer les liens entre les ressources hospitalières et l'EHPAD pour optimiser la prise en charge gériatrique et proposer l'accès à l'expertise et le plateau technique du GHU au profit des résidents de l'établissement pour garantir des hospitalisations personnalisées, ciblées et faciliter le retour dans l'EHPAD après une hospitalisation au GHU AP-HP Nord.</p> <p>L'établissement dispose également des conventions en cours suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Une convention avec l'EMGE de Bichat Brétonneau, datant du 18 novembre 2015. -D'un protocole de coopération avec ..., en date de 2016. -D'une convention avec un cabinet d'imagerie médicale, depuis le 4 octobre 2018. -De deux conventions avec des cliniques
4.2	4.1.2	Coordination avec les autres secteurs	<u>Convention avec des intervenants libéraux</u>	Les médecins et les paramédicaux interviennent dans l'établissement qui a fourni les conventions, celles-ci sont signées avec les paramédicaux. Un seul médecin a signé la convention.
4.2	4.1.3	Coordination avec les autres secteurs	<u>Convention avec l'hospitalisation à domicile (HAD)</u>	Recours à l'EMGE pour les cas cliniques pour lesquels l'établissement à des difficultés à prendre une décision seule L'établissement à une convention avec l'HAD de Saint-Simon.
4.2	4.1.4	Coordination avec les autres secteurs	<u>Convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs</u>	

N°IGAS	N°LIGRE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
4.2	4.1.5	Coordination avec les autres secteurs	<u>Autres conventions</u>	Il n'y a pas d'autres conventions avec d'autres établissements, hormis celles déjà citées.
4.2	4.1.6	Coordination avec les autres secteurs	<u>Convention avec une officine en pharmacie</u>	L'établissement a présenté une convention signée avec une officine qui fournit les médicaments.
4.2	4.1.7	Coordination avec les autres secteurs	<u>Les DAC</u>	La résidence a présenté plusieurs conventions signées avec les hôpitaux et cliniques : avec APHP Nord, HAD, Hôpital Bretonneau et 2 cliniques. Il n'y a pas d'affiliation à un DAC.

5. Récapitulatif des écarts et des remarques

5.1. Écarts

Écart 1 :	L'établissement n'a pas présenté à la mission d'inspection les documents concernant le fonctionnement et l'organisation de l'organisme gestionnaire, conformément aux articles L312-1 6 ^e et L313-1, 4e alinéa du CASF.	14
Écart 2 :	Le taux d'occupation est en dessous du seuil fixé par les autorités de tarification et de contrôle, ce qui n'est pas conforme aux articles L313-4 CASF, D313-15 CASF et D312-155-0-2 du CASF.	15
Écart 3 :	L'établissement n'a pas présenté de documents indiquant que le CVS a été consulté sur le règlement de fonctionnement, ce qui contrevient à l'article à L311-7 du CASF.	16
Écart 4 :	Le projet d'établissement n'est ni validé par le CVS, ni signé par l'organisme gestionnaire, ce qui est contraire aux dispositions l'article L311-8 du CASF.	18
Écart 5 :	L'établissement n'a pas présenté à la mission les documents montrant que les DUD ont été publiés au sein de la direction conformément à l'article D315-70 CASF.	24
Écart 6 :	La composition du CVS n'est pas conforme à l'article D311-5 du CASF.	28
Écart 7 :	Les relevés de conclusions du CVS sont cosignés par la directrice, ce qui contrevient à l'article D311-20 du CASF.	28
Écart 8 :	Le CVS ne dispose pas d'un règlement intérieur comme le mentionne l'article D311-19 du CASF.	30
Écart 9 :	Il n'est pas prouvé à la mission que le règlement de fonctionnement de l'établissement a reçu l'aval du CVS conformément à l'article D311-15 du CASF.	30
Écart 10 :	Ne pas évaluer les prestations effectuées en sous-traitance contrevient à l'article L312-8 du CASF.	31
Écart 11 :	L'établissement ne dispose pas de procédure de signalement en cas d'agression, ce qui convient aux L119-1 CASF, L 331-8-1 et R331-8 du CASF.	33
Écart 12 :	Ne pas transmettre de RETEX aux autorités compétentes à la suite d'un EIG-EIAS contrevient à l'article R1413-67 à 73 du CSP.	36
Écart 13 :	ETP ne sont pas pourvus. postes (IDE, AS, AV et AES) sont tenus par des agents en CDD. Le manque de stabilité du personnel intervenant auprès des résidents impacte la qualité de la prise en charge ce qui contrevient à l'article L311-3 1 ^e CASF.	40
Écart 14 :	Les ratios présentés par l'établissement en IDE, ne répondent pas aux besoins d'accompagnement des résidents, ce qui contrevient aux L311-3 1 ^e CASF et L311-3 3 ^e du CASF.	41
Écart 15 :	La distribution des médicaments par les AES/AMP contrevient à l'article L313.26 du CASF qui prévoit l'aide à la prise de médicaments, lorsqu'il s'agit d'un acte de la vie courante.	60
Écart 16 :	Le manque de clarté dans les intitulés de poste et des fiches métiers ainsi que l'attribution de mission d'AS aux AES/AMP met en évidence un risque de glissement de tâches ce qui contrevient à la réglementation en vigueur : L311-3, 1 ^e CASF, L.4391-1 du CSP et arrêté du 10 juin 2021 conduisant au DEAS.	61
Écart 17 :	Le rapport d'activité annuel n'a pas été transmis à la mission d'inspection, ce qui n'est pas conforme à l'article R314-50 CASF	62

Écart 18 :	Le registre des entrées et sorties n'est pas paraphé par le maire ce qui contrevient à l'article R331-5 du CASF.	63
Écart 19 :	La tenue des dossiers des résidents n'est pas conforme à l'article L.311-3° du CASF	63
Écart 20 :	Le poste de soins n'étant pas toujours fermé, la sécurité des dossiers des résidents ne peut pas être garantie, ce qui contrevient aux articles L1110-4 du CSP, R4127-45 du CSP et L311-3, 4° du CASF.	63
Écart 21 :	En l'absence de transmission d'une procédure relative aux projets personnalisés, la mission ne peut déterminer si le résident participe activement à son élaboration (Référence Article L311-3, 1° du CASF)	77
Écart 22 :	Plusieurs médecins traitants intervenant dans l'EHPAD n'ont pas signé de contrat type comme le prévoit l'article L314-12 du CASF.	78
Écart 23 :	Réveiller pour changer systématiquement tous les résidents à 05h00 du matin contrevient à l'article L311-3 - 1 et au D12-155-0-3° du CASF (relatif au PAP)	93
Écart 24 :	Ne pas garantir la protection des données médicales et confidentielles du résident contrevient aux articles R4312 – 35 du CSP et L311 – 3 4° du CASF	98
Écart 25 :	Inscrire des données de soins dans le cahier de transmissions à l'accueil contrevient à l'article L311-3 4° du CASF.	102
Écart 26 :	Le principe de délégation d'administration de traitements aux soignants par l'IDE n'est pas conforme à la réglementation et à la notion de collaboration , ce qui contrevient à l'article R4311-4 du CSP.	104
Écart 27 :	La traçabilité des stupéfiants n'a pas été présentée à la mission, ce qui contrevient aux articles R5132-36 CSP et R5126-109 CSP.	105
Écart 28 :	Autoriser les AS/AMP/AES et ASG à distribuer des toxiques contrevient à l'article 4311-7 du CSP.	106
Écart 29 :	Une interdose de morphine doit être sortie du coffre au moment de la prise, indiquée dans le cahier des toxiques et ne pas être remise dans le coffre avec aucune modification de la traçabilité. La situation exposée sur le flyer « cas particulier interdose de morphine » contrevient à l'article R5132-36 du CSP.	106
Écart 30 :	L'absence de nettoyage du réfrigérateur plusieurs mois majore les risques pour le résident de recevoir un traitement périmé. Ceci contrevient à l'article L311-3° du CASF.	108
Écart 31 :	Les dates de péremption des médicaments multi usages ne sont pas indiquées sur les flacons ouverts contrairement à l'article R4312-38 CSP.	109
Écart 32 :	Organiser la distribution des traitements par les auxiliaires médicaux en l'absence d'une IDE et notamment la distribution des traitements sensibles relève du rôle sur prescription de l'IDE. L'organisation en place contrevient aux articles R4311-4, R43115 4° et 4311-7 du CSP.	110

5.2. Remarques

Remarque 1 :	Les affiches obligatoires sont dans un classeur au niveau de l'accueil, mais ne sont pas aisément accessibles car ce classeur est coincé entre le mur et le bureau d'accueil.	17
Remarque 2 :	L'organigramme ne présente pas les ETP, mais est affiché dans le classeur à l'accueil et disponible.	19
Remarque 3 :	Les relations entre la direction et les familles sont fragilisées par un manque de dialogue constructif.	21

Remarque 4 :	L'établissement n'a pas fourni d'informations ou de documents sur les astreintes techniques.	24
Remarque 5 :	L'établissement ne forme pas ses agents sur les outils d'amélioration de la qualité et n'a pas de référent qualité en interne.	30
Remarque 6 :	Le numéro d'Alma n'est pas affiché dans les lieux de passage des résidents. Il est à disposition dans le classeur à l'accueil, mais n'est pas facilement accessible aux usagers.	32
Remarque 7 :	Dans le RAMA, il est impossible d'analyser les chiffres des chutes d'une année à l'autre par manque d'informations corrélées au GIR des résidents, au nombre des résidents ayant eu un Timed up and go et au nombre de ces résidents « chuteurs » dénutris.	35
Remarque 8 :	Il n'existe pas de compte-rendu du comité chute.	35
Remarque 9 :	Le Registre Unique du Personnel n'est pas tenu à jour	37
Remarque 10 :	L'organigramme de l'établissement n'est pas daté.	37
Remarque 11 :	Les intitulés de poste AES et AMP, présents sur la liste du personnel, ne sont pas déclinés dans le tableau des ETP. En l'absence de cohérence des intitulés de poste, la mission s'interroge sur la répartition des effectifs.	38
Remarque 12 :	L'absence d'harmonisation des intitulés de poste au sein des différents documents (RUP, Organigramme, fiche de poste...) ne permet pas une bonne compréhension du fonctionnement de l'établissement.	40
Remarque 13 :	Le recrutement d'IDE de jour et d'AS en CDI est indispensable pour garantir une prise en charge de qualité des résidents et la cohésion des équipes.	42
Remarque 14 :	L'importance du nombre d'absences injustifiées questionne la mission inspection sur le climat social, les mesures correctrices de fidélisation proposées par l'établissement.	44
Remarque 15 :	L'outil de suivi des heures travaillées n'est pas fiable et sa gestion est chronophage.	45
Remarque 16 :	L'utilisation de la check list n'est pas systématique ce qui ne favorise pas la complétude des dossiers.	47
Remarque 17 :	Les interventions des professionnels de santé et paramédicaux et autres professionnels au sein de l'établissement ne sont pas toutes formalisées.	48
Remarque 18 :	Les documents communiqués à la Mission d'inspection montrent une diversité des formations ainsi qu'une progression quantitative du personnel formé, toutefois aucune formation diplômante n'est inscrite dans les plans de formations 2023 et 2024.	50
Remarque 19 :	La mission ne peut s'assurer que l'ensemble des salariés ont suivi les mini formations.	51
Remarque 20 :	La mission d'inspection n'a pu apprécier les modalités de cette mobilité car aucun élément ne corrobore cette passerelle.	52
Remarque 21 :	L'information de la remise de ces documents n'est pas précisée dans les dossiers des salariés consultés sur place par la mission inspection.	52
Remarque 22 :	La mission ne peut assurer que la procédure d'accueil des nouveaux salariés telle que définie dans le projet d'établissement est bien déclinée par l'EHPAD.	53
Remarque 23 :	Il n'est pas mis en place des temps d'échanges sur les pratiques professionnelles ou sur les thématiques concernant l'éthique.	53
Remarque 24 :	L'établissement n'a pas présenté les modalités de confection de ses plannings	53

Remarque 25 : La prise de pause n'est pas mentionnée dans les plannings et ne permet pas de vérifier la présence en continue d'un professionnel.	54
Remarque 26 : Les missions spécifiques des aides-soignantes référentes, au nombre de ' dans l'établissement ne sont pas précisées.	59
Remarque 27 : La mise à jour des fiches métiers est nécessaire pour distinguer les missions des AS et AES de nuit.	60
Remarque 28 : Un chevauchement de tâches a été relevé entre l'adjointe de direction et l'assistante de direction.	61
Remarque 29 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure de remplacement en cas d'absence.	62
Remarque 30 : Plusieurs médecins traitants intervenant dans l'EHPAD font des prescriptions papier sans utiliser le logiciel de l'établissement.	64
Remarque 31 : La _____ est stockée dans le poste de soins propre.	67
Remarque 32 : Les sacs poubelles à DASRI sur les chariots de médicaments sont utilisés comme sacs à DAOM.	67
Remarque 33 : Aucun élément concernant le schéma vaccinal des résidents dans le RAMA 2023.	68
Remarque 34 : Les dossiers administratifs des résidents ne contiennent pas les PAP	76
Remarque 35 : L'absence de personnel référent nommé par résident ne répond pas aux RBPP de la HAS sur l'accompagnement des résidents en EHPAD.	76
Remarque 36 : Aucun compte-rendu des réunions de direction, d'analyse des pratiques, bientraitance, commission chute et contention ou de mini-formations n'a été transmis à la Mission d'inspection.	77
Remarque 37 : La Mission d'inspection n'a pas été destinataire de la procédure sur les directives anticipées.	80
Remarque 38 : Le taux de satisfaction 2023 est inférieur à 85%.	85
Remarque 39 : Le personnel ne dispose pas d'exemples d'association de glucides complexes et des protéines pour avoir une collation nocturne de qualité comme préconisé par le CERENUT (Centre Ressources Nutrition et l'ARS de Nouvelle Aquitaine).	89
Remarque 40 : La procédure d'aide au repas n'a pas été présentée à la Mission d'inspection.	90
Remarque 41 : Les changes sont faits selon une planification systématique et non selon le besoin individuel du résident	93
Remarque 42 : L'encombrement autour du matériel d'urgence ne permet pas la prise rapide du matériel en cas d'urgence vitale	97
Remarque 43 : Dans le livret d'accueil, il n'y a pas le trombinoscope des résidents ni de rappels sur l'identitovigilance.	99
Remarque 44 : La position du défibrillateur automatique externe n'est pas connue de tout le personnel soignant.	100
Remarque 45 : Les procédures sur « l'encadrement de la gestion personnelle des médicaments » et celle sur la PDA datent de plus de cinq ans.	103
Remarque 46 : Le process de commande de traitements décrit dans la procédure « Gestion de la préparation des médicaments via le logiciel bidirectionnel interfacé avec Netsoins » n'est plus d'actualité	103
Remarque 47 : Les pratiques professionnelles sur la gestion et la traçabilité des stupéfiants ne sont pas respectées.	105
Remarque 48 : En l'absence d'IDE de nuit, une permanence d'IDE d'astreinte téléphonique par exemple est recommandée par l'Omédit Ile de France	106

Remarque 49 : La fiche de traçabilité n'indique pas la programmation du nettoyage et dégivrage du réfrigérateur ni la vérification des dates de péremption des médicaments. 108

Remarque 50 : La procédure de gestion et de rangement des médicaments existe, mais elle n'est pas appliquée. 109

6. Conclusion

L'inspection sur place de l'EHPAD « Les Batignolles », géré par l'association « EMEIS » a été réalisé le 11 juillet 2024 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a relevé plusieurs points positifs

- Un plan bleu conforme,
- Les DUD de la directrice sont bien définies,
- La présence d'un médecin coordonnateur et d'une IDEC,
- Un programme d'animations varié,
- Les repas proposés sont de très bonne qualité,
- Les différentes textures sont adaptées à la prise en charge nutritionnelle,
- Les locaux sont modernes, adaptés aux résidents et permettent une bonne mobilité,
- Un système de sécurité et de surveillance pour la prévention des fugues en place,
- L'appel malade est opérationnel et le personnel est réactif.

La mission d'inspection a également relevé des dysfonctionnements notamment en matière de :

- **Gouvernance :**

L'établissement n'a pas mis en place un PASA, contrairement à son autorisation

o **Management et stratégie**

Le projet d'établissement n'est pas finalisé car pas signé par l'organisme gestionnaire,

Le règlement de fonctionnement n'est pas approuvé ni signé par le CVS,

Les affichages réglementaires sont mal placés,

Une absence de communication avec les familles,

Les prestations effectuées en sous-traitance ne sont pas évaluées.

o **Gestion de la qualité, des risques, des crises et des événements indésirables**

L'établissement ne dispose pas de procédure de signalement en cas d'agression,

Le PACQ n'est pas consistant dans son contenu,

Les RETEX des EIG-EIAS ne sont pas transmis aux autorités de contrôle.

Fonctions support

o **Gestion des RH**

Le registre unique du personnel n'est pas mis à jour,

Le numéro Alma n'est pas affiché dans les lieux de passage du résident,

Défaillance de recrutement d'IDE de jour et AS titulaire pour garantir une prise en charge de qualité,

Un taux d'absences injustifié et élevé,

Utilisation de fiches métier similaires pour les AS, AES et AMP.

- **Prise en charge**

Absence de participation active du résident à l'élaboration de son PAP.

- **Soins : L'organisation de la continuité des soins**

o La sécurisation des données médicales et confidentielles des résidents n'est pas garantie,

Elle a également relevé des dysfonctionnements majeurs / importants en matière de :

- **Gouvernance :**
 - o Taux d'occupation en dessous du seuil autorisé.
- **Fonctions support**
 - o Vacances des ETP en AS et IDE.
 - o Un risque de glissement des tâches constaté entre les AS et AES.
 - o Glissement de tâches entre AS et IDE, particulièrement de nuit.
- **Circuit du médicament**
 - o Le circuit du médicament n'est pas sécurisé et fiable, particulièrement de nuit.

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

Saint Denis, le 28 février 2025.

Madame Dalhia ELENGA Inspectrice de l'action sanitaire et sociale Coordonnatrice de la mission d'inspection Délégation Départementale de Paris, ARS-Ile-de-France	Madame Anne NIGEON Chargée du contrôle des ESMS parisiens, Sous-direction de l'Autonomie Direction des solidarités, Ville de Paris	Madame Marielle DACALOR Chargée du contrôle des ESMS parisiens, 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

CNR : Crédits non reconductibles

CoViD : Corona Virus Disease

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSP : Code de la santé publique

CT : Convention tripartite pluriannuelle

CVS : Conseil de la vie sociale

DADS : Déclaration annuelle des données sociales

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

DLU : dossier de liaison d'urgence

DUD : Document unique de délégation

DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels

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

RDF/RF : Règlement de fonctionnement

RH : Ressources humaines

SF2H : Société française d'hygiène hospitalière

SFGG : Société française de gériatrie et gérontologie

UHR : Unité d'hébergement renforcée

UVP : Unité de vie protégée

8. Annexes

Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle



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

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

Affaire suivie par : Dalia ELENGA

Madame Dalia ELENGA coordonnatrice de la mission d'inspection, inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet inspection EHPAD, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

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

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

Docteur Anne SIMONDON, conseillère médicale, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

Saint-Denis le 11 juillet 2024

Mesdames, Monsieur,

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD « Batignolles » (FINESS 75048357) situé au 5 rue René Blum, 75017 PARIS, géré par « EMEIS », et qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement des articles L. 313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles d'accueil et de prise en charge des résidents ainsi que l'organisation et le fonctionnement de la structure.

La mission comprendra :

Pour sa composante Agence Régionale de Santé Ile-de-France (ARS IDF) :

- Madame Dalia ELENGA coordonnatrice de la mission d'inspection, inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France ;
- Docteur Anne SIMONDON, conseillère médicale, désignée personne qualifiée en application de l'article L.1421-1 du Code de la santé publique (CSP), Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France ;
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet inspection EHPAD, désigné personne qualifiée en application de l'article L.1421-1 du Code de la santé publique (CSP), Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France ;

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis

94 26 Chai de la Flèche
94012 Paris

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Marielle DACALOR, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;
- Madame Anne NIGEON, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris.

La mission sera également accompagnée par Sylvie ALCESILAS, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris.

L'inspection sera réalisée sur le mode inopiné et débutera à compter du **11 juillet 2024 à 9h00**. Elle comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer. Elle pourra s'adjointre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

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

Pour le Directeur général de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et, par délégation,

La Directrice adjointe de la Délégation départementale de Paris

Pour la Mairie de Paris et par délégation,

Delphine CAZOR
Adjointe à la sous-direction de l'Autonomie

Lucie DUFOUR

Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH

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/Consulté	Confirmation de dépôt sur clé par le directeur/directrice
A	<i>Liste nominative des résidents</i> par chambre admis à ce jour avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, bénéficiaire aide sociale et leur GIR (format EXCEL et non pdf) ;	1 copie + sur clef USB	X	X
B	<i>Liste nominative des professionnels</i> intervenant au sein de l'EHPAD (titulaires, CDI/CDD, stagiaires, libéraux etc..) avec leur fonction, affectation, présents/absents/poste vacant et date de recrutement (format EXCEL et non pdf)	1 copie + sur clef USB	X	X
C	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	1 copie + sur clef USB	X	X
D	Liste des membres du CVS	1 copie + sur clef USB	X	X
E	Plannings des professionnels soignants pour le mois en cours et le mois précédent	1 copie + sur clef USB		X
F	Organigramme nominatif de l'EHPAD	1 copie + sur clef USB	X	X
G	Un plan des locaux	1 copie + sur clef USB	X	X
H	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	Consultation	X	X

A remettre ce jour :

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/ Consulté	Confirmation de dépôt sur clé par le directeur/directrice
I- Gouvernance				
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, ,médecin prescripteur et de l'IDEC	Clé USB		X
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, de l'IDEC et médecin prescripteur Clé USB	Clé USB		X
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Clé USB		X
4	Subdélégation de l'adjoint de direction	Clé USB		X
5	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Clé USB		X
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Clé USB		X
7	Planning des astreintes des 6 derniers mois	Clé USB		X
8	Statut juridique du gestionnaire	Clé USB		X
9	Procès-verbaux des assemblées générales, conseils d'administration et bureaux de l'organisme gestionnaire /2022/2023/2024	Clé USB		X
10	Comptes rendus des CODIR avec l'organisme gestionnaire réalisés en 2022 et 2023 et 2024	Clé USB		X
11	Comptes rendus des CODIR EHPAD réalisés en 2022 et 2023 et 2024	Clé USB		X
12	Calendrier et comptes rendus des réunions d'équipes	Clé USB		X
13	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation		X
14	Outils loi de 2002-2 (Livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement)	Clé USB		X
15	Dernière évaluation externe et interne et le suivi du plan d'actions	Clé USB		X
16	Comptes rendus des réunions des CVS 2022,2023,2024 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Clé USB		X
17	Comptes rendus des réunions avec les familles 2022/2023/2024	Clé USB		X
18	Projet d'établissement	Clé USB		X
19	Plan d'amélioration continue de la qualité	Clé USB		X
20	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2022,2023,2024 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/Ville de Paris	Clé USB		X

21	Protocole de signalement des évènements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Clé USB		X
22	Procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des évènements indésirables dont ceux associés aux soins : - procédure présentant le type d'Et à déclarer et modalités de déclaration - extraction/copie du registre d'enregistrement des EIG déclarés aux autorités de contrôle et plans d'action corrective mis en œuvre (N et N-1)	Clé USB		X
II	Fonction support			
23	Liste nominative des personnels en <u>CDD et en interim en 2022,2023 et janvier à avril 2024</u>	Clé USB		X
24	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (<u>tableau Excel et non pdf</u>)	Clé USB		X
25	Procédure accueil du nouveau salarié	Clé USB		X
26	Extraction <u>sous fichier Excel</u> du Registre unique du personnel	Clé USB		X
27	Plannings des équipes de soins jour/nuit et ASH des 3 derniers mois (y-compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur + plannings réalisés de juin et de juillet 2024 + planning prévisionnel de décembre 2024 Précision de la légende des sigles utilisés	Clé USB		X
28	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Clé USB		X
29	Dossiers RH des salariés	Consultation		X
30	Copie des registres des délégués du personnel	Consultation		X
31	Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)	Clé USB		X
32	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation		
33	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1, M en cours et août 2023)	Clé USB		X
34	Extraction du journal appel malades de J, J-1 et de la nuit écoulée	Clé USB		X
35	Procédure de conduite à tenir en cas de situation d'urgence médicale H24 (à usage des AS/AMP)	Clé USB		
36	Contrats de location des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours	Clé USB		

	Équipement de l'EHPAD en rails, lèves personnes et chariots douches ?			
37	Factures 2022 et 2023, 2024 des locations (lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres, ascenseur)	Clé USB		
III- Prise en charge				
38	Liste nominative des résidents admis à ce jour avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance ou âge, date d'entrée, date de PVI, bénéficiaire aide sociale, protection juridique (format EXCEL et non pdf)	Clé USB		X
39	Procédure d'admission	Clé USB		X
40	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation		X
41	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI	Clé USB		X
42	Liste nominative des médecins traitants des résidents	Clé USB		X
43	Rapport de la commission gériatrique annuelle et dates de réunions 2022,2023, 2024	Clé USB		X
44	Planning des animations des 3 derniers mois	Clé USB		X
45	Enquête de satisfaction 2022 et 2023	Clé USB		X
46	Menus des 3 derniers mois	Clé USB		
47	Les fiches de tâches heurées et fiches de poste des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	Clé USB		X
48	Les conventions de stage des élèves stagiaires présents le jour de la visite d'inspection	Clé USB		
49	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	Clé USB		
50	Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Clé USB		X
51	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Clé USB		X
52	Liste des protocoles de soins et communication des protocoles suivants : chute, douleur, escarres, pansements, dénutrition, contention, risque suicidaire	Clé USB		X
53	Liste nominative des résidents ayant des repas enrichis, mixés ou hachés ; des résidents avec régime	Clé USB		X
54	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne	Consultation		X
55	DARI - Document d'Analyse des Risques Infectieux -	Clé USB		
56	Nombre de chutes répertoriées, année 2022,2023,2024	Clé USB		
57	Extraction des données de suivi nutritionnel : poids/IMC/Albumine ; année 2022-2023 (format Excel) Extraction des données des tests réalisés dans le cadre des évaluations multidimensionnelles pour l'ensemble des résidents, année 2022-2023 (format Excel)	Clé USB		

58	Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés (hiver 2022-2023 et hiver 2023-2024)	Clé USB		
59	Vaccination COVID réalisée en interne par l'EHPAD : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés à ce jour (année 2022,2023,2024)	Clé USB		
60	Vaccinations DTP, zona, pneumocoque réalisées en interne par l'EHPAD : nombre de résidents vaccinés à ce jour (année 2022,2023,2024)	Clé USB		
61	Deux derniers rapports annuels d'activité médicale (RAMA)	Clé USB		
IV- Relations avec l'extérieur				
62	Dernier Plan bleu	Clé USB		X
63	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé publics et privés au titre de la continuité des soins (urgences/MCO/Psychiatrie)	Clé USB		X
64	Conventions signées avec l'hôpital Rothschild, porteur de la filière gériatrique desservant le 11 ^{ème} et 12 ^{ème} , un réseau de soins palliatifs, un service d'hospitalisation à domicile (HAD) et la DAC Paris Est	Clé USB		X

- Les pièces demandées devront être transmises dans les meilleurs délais vers les plateformes suivantes : <https://collecte-pro.gouv.fr/> ainsi que <https://bluefiles.com/fr> pour les documents médicaux. La procédure de connexion vous sera envoyée ultérieurement par mail.

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

- La directrice
- La directrice adjointe
- L'assistante de direction
- Le MedCo
- L'IDEC
- La psychologue
- 2 aides-soignantes



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

