

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
Tiers Temps Paris
24-26 rue Rémy Dumoncel 75014 PARIS
N° FINESS : 750003600**

**RAPPORT DE CONTRÔLE
N°2024_IDF_00751
Contrôle sur pièces du 18 octobre 2024**

Mission conduite par

- Madame Christel ROUGY, coordinatrice de la mission d'inspection, ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet inspection EHPAD, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Marielle DACALOR, chargée de contrôle des ESMS Parisiens, Sous-direction de l'Autonomie Direction des Solidarités, Ville de Paris

Note d'information

Madame Christel Rougy ayant quitté la mission, conformément au courrier d'information annexé au présent rapport, elle est remplacée par Madame Dalhia Elenga, signataire du présent rapport.

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

Un rapport de contrôle 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 ;
- Seul le rapport définitif, est communicable aux tiers ;
- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration.

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

- L'article L. 311-5, 2° du CRPA dispose que : « *ne sont pas communicables (...), les autres documents administratifs dont la consultation ou la communication porterait atteinte (...) au déroulement des procédures engagées devant les juridictions ou d'opérations préliminaires à de telles procédures, sauf autorisation donnée par l'autorité compétente* ».

3/ Les restrictions concernant la qualité des bénéficiaires du droit à communication :

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	6
Contexte de la mission du contrôle	6
Modalités de mise en œuvre	6
Présentation de l'établissement	7
Constats.....	9
Gouvernance	10
Conformité aux conditions de l'autorisation	10
Management et Stratégie	11
Animation et fonctionnement des instances	17
Gestion de la qualité	18
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	20
Fonctions support.....	22
Gestion des ressources humaines	22
Prises en charge.....	37
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	37
Respect des droits des personnes	39
Soins.....	41
Relations avec l'extérieur	44
Coordination avec les autres secteurs.....	44
Récapitulatif des écarts et des remarques	45
Écarts	45
Remarques	45
Conclusion	47
Glossaire.....	49
Annexes	50
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	50
Annexe 2 : Lettre de mission modificative	52
Annexe 3 : Liste des documents demandés.....	54

Synthèse

<u>Données générales sur l'établissement</u>			
Nom	Tiers Temps Paris	Capacité hébergement permanent	53
Adresse	24-26 rue Rémy Dumoncel	Places habilitées aide sociale	0
Arrondissement	75014	Présence d'une UVP	0
Gestionnaire	DomusVi	Places en UHR	0
Statut juridique	Privé lucratif	Places en PASA	0
Le CPOM est en cours de négociation. Sa signature est prévue en janvier 2025.			
<u>Éléments déclencheurs de la mission</u>			
Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC). Ce programme s'inscrit dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer le contrôle des EHPAD parisiens.			
<u>Méthodologie suivie et difficultés rencontrées</u>			
Le contrôle a été réalisé le 18 octobre 2024 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé à la même date.			
L'analyse a porté sur les constats faits uniquement sur pièces. La quasi-totalité des documents demandés a été transmise par la Direction de l'établissement et dans les délais impartis.			
Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et les principaux points positifs et les remarques ont porté sur les thématiques suivantes :			
<u>Points positifs de l'établissement relevés par la mission :</u>			
• Une action de sensibilisation au plan bleu a été effectuée par le directeur et l'IDEC auprès des salariés. • Le plan bleu est mis à jour chaque année. • Les plaintes, les réclamations ainsi que les EI et EIG sont présentés au fur et à mesure de leur survenue au CVS. • Les comptes-rendus du CVS sont également rédigés en langue FALC (Facile à lire et à comprendre) affichés, distribués en chambre et lus toutes les semaines par l'animatrice aux résidents. • L'établissement a mis en place une politique de promotion de bientraitance et de lutte contre la maltraitance développée avec un référent et une charte bientraitance. • Une charte d'incitation à la déclaration des EI a été rédigée. • La MedCo a réalisé une information/sensibilisation sur la mise en place des contentions et l'analyse des chutes. • L'établissement est engagé dans une démarche d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD.			
<u>Principaux écarts et remarques constatés par la mission</u>			
Écarts :			
Écart 1 :	Les éléments transmis ne permettent pas de s'assurer de l'affichage du règlement de fonctionnement R311-34 CASF		
Écart 2 :	Le règlement de fonctionnement ne reprend pas les modalités de transferts et déplacements ni les conditions d'organisation de la délivrance des prestations offertes par l'établissement à l'extérieur		

Écart 3 :	Les annexes comprenant les procédures opérationnelles du plan bleu n'ont pas été transmises. Ainsi, la mission de contrôle ne peut vérifier que le plan bleu transmis remplit les prescriptions de l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).	13
Écart 4 :	L'établissement n'a pas fourni de justificatif démontrant que le médecin est titulaire d'un diplôme ou d'une attestation de formation continue en lien avec l'exercice du métier de médecin-coordonnateur ce qui contrevient à l'article D312-157 du CASF.	16
Écart 5 :	Les plans de développement des compétences 2023, 2024 et 2025 ne prévoient pas d'action de formation relative à la prise en charge de la douleur, l'accompagnement de la fin de vie et la dénutrition, ce qui contrevient à l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF.	27
Écart 6 :	Le non-respect des temps de repos du personnel nuit à la qualité de la prise en charge et à la sécurité du résident ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° CASF.	32
Écart 7 :	Le RAMA 2023 indique que seules 57% des nouvelles admissions ont reçues un avis du MedCo ce qui contrevient à l'article D312-155-3 2° du CASF.	37
Remarques :		
Remarque 1 :	Les liens hiérarchiques et fonctionnels n'apparaissent pas dans l'organigramme.	14
Remarque 2 :	Le PACQ n'est pas régulièrement mis à jour en prenant en compte les RETEX des EI et EIG et les axes d'amélioration identifiés par l'évaluation externe de 2024.	18
Remarque 3 :	La distinction entre les EI et les plaintes n'est pas faite dans l'établissement. En effet les fiches « Je signale » sont utilisées à la fois pour les plaintes et réclamations des résidents et leur proches que pour déclarer des EI par les salariés.	20
Remarque 4 :	La procédure de gestion des EIG ne mentionne pas la procédure spécifique relative aux traitements des situations de maltraitements de juin 2024.	20
Remarque 5 :	La mission note des incohérences entre les données du RUP et l'organigramme.	22
Remarque 6 :	Le taux de rotation de l'établissement pour l'année 2024 est élevé et peut être un facteur de risque pouvant impacter la prise en charge des résidents.	26
Remarque 7 :	Le planning restauration de septembre ne fait pas apparaître le remplacement du chef cuisiner absent pour congés.	32
Remarque 8 :	Le temps dédié aux transmissions du matin, entre l'équipe de nuit et l'équipe de jour, n'est pas formalisé dans les plannings.	33
Remarque 9 :	Le planning transmis ne permet pas d'identifier la répartition dans les étages des agents de l'équipe de soin	33
Remarque 10 :	Un résident, entré il y a plus de six mois, n'a pas de PP.	37
Remarque 11 :	Le libre choix du médecin traitant et la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance ne sont abordés ni dans le contrat de séjour, ni dans le livret d'accueil.	39
Remarque 12 :	Le RAMA indique que le nombre de contention a fortement augmenté entre 2022 (25 contentions) et 2023 (147 contentions) soit une multiplication pratiquement par six, sans présenter d'analyse de cette augmentation.	39
Remarque 13 :	Le RAMA montre une forte augmentation des résidents à risque de dénutrition de 2022 à 2023, 13 résidents en 2022 à 34 résidents en 2023, sans en donner d'analyse.	43

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 du contrôle

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 Tiers Temps Paris situé au 24-26 rue Rémy Dumoncel 75014 PARIS, N° FINESS : 750003600, 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 :

- Prioritaires pour la signature du CPOM
- Et classés dans une catégorie de risque faible, ne justifiant pas d'emblée d'un contrôle sur place (inspection).

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines (RH)

PRISE EN CHARGE

7. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
8. Respect des droits des personnes
9. Soins

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

10. Coordination avec les autres secteurs

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 18 octobre 2024.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 18 octobre 2024. Un e-mail a été transmis à la direction le même jour, auquel étaient joints :

- La lettre de mission où étaient précisés les thématiques abordées dans le cadre du contrôle
- La liste des documents à transmettre et le délai de transmission (5 jours).
- Les modalités opérationnelles :

- de connexion de l'inspecté à l'outil sécurisé <https://collecte-pro.gouv.fr/> qui a été utilisé pour la transmission des documents
- et de dépôt de documents (réponse au questionnaire, éléments probants)

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

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

La délégation départementale de l'ARS et le conseil départemental ont été informés du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision.

Présentation de l'établissement

Situé au 24-26 rue Rémy Dumoncel à Paris (75014), l'EHPAD « Tiers Temps Paris » est géré par le DomusVi dont le siège social est domicilié au 26 rue Rémy Dumoncel 75014 Paris.

L'établissement dispose de 53 places (premier arrêté d'autorisation juin 1996) en hébergement permanent. Il n'est pas habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

L'arrêté n°2023-DD75-059, signé le 13 novembre 2023, autorise une augmentation capacitaire de 8 places (transfert de 8 lits des Gobelins) dans un délai de 4 ans, qui portera le nombre de place d'hébergement permanent à 61.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS le GMP s'élève à 770 et le PMP à 248 en décembre 2019. Ainsi, le GMP et le PMP sont au-dessus des chiffres médians régionaux¹.

32 résidents étaient présents le 18/10/2024.

La décision tarifaire de l'ARS en date du 8 décembre 2022 fixe le forfait global soins à 384 575 €.

Une convention tripartite a été signée le 18/08/2014. Un CPOM est en cours de négociation, la signature est prévue au 1er janvier 2025.

¹ En Île-de-France, le GMP et le PMP validé médian s'élève respectivement à 740 et 223 d'après le tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2022 sur les données de 2021).

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Tiers Temps Paris		
Nom de l'organisme gestionnaire	DomusVi		
Numéro FINESS géographique	750003600		
Numéro FINESS juridique	750040099		
Statut juridique	Privé Lucratif		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ²	53	
	HT ³	0	
	UVP ⁴	0	
	PASA ⁵	0	
	UHR ⁶	0	
	UPHV ⁷	0	
	AJ ⁸	0	
	AN ⁹	0	
	PFR ¹⁰	0	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0		

² Hébergement permanent³ Hébergement temporaire⁴ Unité de vie protégée / unité protégée⁵ Pôle d'activité et de soins adaptés⁶ Unité d'hébergement renforcée⁷ Unité pour personnes âgées vieillissantes⁸ Accueil de jour⁹ Accueil de nuit¹⁰ Plateformes d'accompagnement et de répit

Constats

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

La grille est renseignée de la façon suivante : O / C (Oui / Conforme), N / NC (Non / Non Conforme).

Ecart : noté « E » : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire ;

Remarque : noté « R » : non-conformité par rapport à une recommandation de bonne pratique et/ou à un standard référencé

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Conformité aux conditions d'autorisation	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.1.1.2	L'établissement dispose de 53 places d'hébergement permanent. Au jour du contrôle l'établissement accueille 32 résidents. Le taux d'occupation est de 60,37%. Cela s'explique par d'important travaux en cours qui ont nécessité le transfert de certains résidents vers d'autres établissements. Ceux-ci devraient s'achever en 2025.		
1.1.2.2	Répartition des résidents en fonction du GIR Au 18/10/2024, 84,37% des résidents ont un GIR 1 et 2 et 96,87% des résidents sont classés en GIR 1 à 3. Ces proportions sont conformes à la réglementation.		

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	<u>Le règlement de fonctionnement</u> L'établissement a transmis un règlement de fonctionnement datant d'août 2023. Le document prévoit la signature du résident ou de son représentant ainsi que la signature de l'établissement. Il est remis à l'entrée du résident. Il est annexé au contrat de séjour. L'affichage du règlement de fonctionnement n'est pas mentionné. Le document prévoit bien une présentation pour avis au Conseil de la Vie Sociale (CVS) et aux Représentants du personnel.	Écart 1 : Les éléments transmis ne permettent pas de s'assurer de l'affichage du règlement de fonctionnement R311-34 CASF
1.2.1.2	<u>Le contenu du règlement de fonctionnement</u> Le règlement de fonctionnement comprend les thèmes suivants : 1 Votre Admission ; 1.1 Conditions d'admission ; 1.2 Dossier administratif ; 1.3 Personnel ; 2 Votre Séjour ; 2.1 L'hôtellerie ; 2.1.1 Le logement 2.1.2 Le linge personnel 2.1.3 Le téléphone 2.1.4 La télévision et appareils audio 2.2 La restauration 2.3 La vie sociale et l'animation 2.3.1 Le rôle de la famille 2.3.2 Le conseil de la vie sociale 2.3.3 Les activités et le programme d'animations 2.3.4 Le courrier 2.3.5 Les animaux domestiques 2.3.6 L'accompagnement spirituel 2.3.7 Les sorties extérieures 2.3.8 Les visites	Écart 2 : Le règlement de fonctionnement ne reprend pas les modalités de transferts et déplacements ni les conditions d'organisation de la délivrance des prestations offertes par l'établissement à l'extérieur R 311-36 du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	2.3.9 Les prestations annexes 2.4 Les soins 2.4.1 Les soins réalisés par l'établissement 2.4.2 Intervenants médicaux et paramédicaux extérieurs 2.4.3 Médicaments 2.4.4 Hospitalisation 2.4.5 Situations exceptionnelles 3 Vos droits et vos obligations 3.1 Civilité 3.2 Droit à l'image et au respect de la vie privée 3.3 Conservation des objets de valeur 3.4 Les objets restant dans la chambre suite au décès ou en cas d'impossibilité de réaliser l'état des lieux de sortie 3.5 Sécurité des personnes 3.5.1 Sécurité incendie 3.5.2 La prévention des situations de maltraitance 3.6 Lutte contre le tabagisme 3.7 Réponse aux besoins et attentes du résident 3.8 Respect des volontés 3.9 Respect de la vie affective et intime des résidents 3.10 Droit de recours 3.11 Recours à un médiateur à la consommation Annexe 1 « pour des relations harmonieuses » Annexe 2 « fiche sécurité de l'établissement » Le règlement de fonctionnement n'aborde pas les modalités de transferts et déplacements, d'organisation des transports, d'organisation de la délivrance des prestations offertes par l'établissement à l'extérieur.	
1.2.1.4	<u>Le projet d'établissement</u> L'établissement dispose d'un projet d'établissement (PE) couvrant la période 2022-2026. La direction, le médecin coordonnateur, l'IDEC, la psychologue, la psychomotricienne et la responsable hébergement ont participé à l'élaboration du PE. La participation des équipes pluridisciplinaires est mentionnée mais n'est pas développée. La participation des personnes accueillies n'est pas évoquée. Le	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	document a été présenté à 43 agents entre le 9 novembre 2023 et le 7 janvier 2024. Il est disponible à l'accueil de l'établissement et une synthèse existe. Le projet d'établissement aborde les thématiques suivantes : - Organisation et fonctionnement de l'établissement ; - Coordination (2.4 Ancrage dans le champs sanitaire et médico-social) ; - Evaluation des activités et qualité des prestations (deux enquêtes de satisfaction/an) ; - Politique de prévention et lutte contre la maltraitance (3.2 Droits fondamentaux de la personne accompagnée et 3.5 Bientraitance et éthique) ; - Plan de gestion de crise (plan bleu) et plan de continuité d'activité et de reprise d'activité (PCA et PRA) - Accompagnement de la fin de vie (Hospitalisation à domicile ou Soins palliatifs) ; - Recours à la personne qualifiée (affichage à l'entrée de l'établissement). Le projet d'établissement consacre 9 pages à la bientraitance. La définition de la bientraitance ainsi que des principes fondamentaux sont précisés. Les principes fondamentaux recouvrent par exemple : le respect du rythme et de l'intimité du résident, la promotion du soin relationnel, le recours au type de toilette le plus approprié, le choix du résident pour sa tenue vestimentaire, une réflexion systématique autour des contentions, le respect de la déambulation. La psychologue est le référent bientraitance de l'établissement. Des formations et sensibilisations sont faites par un prestataire externe. Un comité de bientraitance se tient tous les trois mois. Une charte éthique et bientraitance est affichée dans la salle de pause. L'obligation de signalement des cas ou suspicions de maltraitance est rappelée ainsi que la protection du déclarant. L'établissement dispose d'une charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables.	
1.2.1.6	Le plan bleu La dernière mise à jour du plan bleu transmis date de mai 2024, les annexes comprenant les procédures opérationnelles n'ont, elles, pas été transmises. La mission de contrôle ne peut vérifier que le plan bleu transmis remplit les prescriptions de l'instruction interministérielle N° DGS/SS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en particulier, à minima, que les procédures suivantes ont bien été rédigées.:	Écart 3 : Les annexes comprenant les procédures opérationnelles du plan bleu n'ont pas été transmises. Ainsi, la mission de contrôle ne peut vérifier que le plan bleu transmis remplit les prescriptions de l'instruction interministérielle N° DGS/SS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- procédure liée au risque climatique : canicule / grand froid, - procédure liée au risque infectieux, - procédure en cas de rupture de flux (électricité, eau potable, gaz si besoin...) en prenant en compte le DARDE, - procédure de mise à l'abri (pour le risque nucléaire notamment), - procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement, - procédure de gestion des décès massifs, - procédure de rappel du personnel ou plan de continuité de l'activité (PCA), - procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan. Le compte rendu du CVS du 4 juillet 2023 mentionne que le plan bleu est mis à jour chaque année. La mission salue comme une bonne pratique la réalisation de l'action de sensibilisation au plan bleu des salariés du 21/12/2023.	
1.2.2.1	<u>Directeur de l'établissement et organigramme de la structure</u> Le directeur est en poste depuis le 1^{er} avril 2022. Auparavant, il exerçait la fonction de Directeur Adjoint au sein de l'établissement depuis le 28 septembre 2021. Le directeur est infirmier de formation, le contrat de travail prévoit l'engagement de l'intéressé à suivre une formation visant l'obtention d'un diplôme de niveau 7. <u>Organigramme</u> L'établissement a transmis un organigramme, daté d'octobre 2024, comportant les noms ainsi que les ETP du personnel. Les liens hiérarchiques et fonctionnels ne sont pas visibles.	Remarque 1 : Les liens hiérarchiques et fonctionnels n'apparaissent pas dans l'organigramme.
1.2.2.6	<u>Fiche de poste/Lettre de mission du directeur</u> Une fiche de fonction de directeur d'établissement a été transmise. Le document est signé et annexé à au contrat de travail. Il mentionne trois missions : - Assurer la direction de l'établissement au quotidien ; - Assurer la responsabilité de la gestion administrative et de la rentabilité économique ; - Manager les équipes pluridisciplinaires.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.2.2.7	Diplômes du directeur Le directeur est titulaire d'un Master [REDACTED] ce qui est conforme à la réglementation. Le diplôme a été délivré en novembre 2022. [REDACTED]	
1.2.2.8	Astreintes administratives L'établissement a transmis une procédure portant sur les modalités d'organisation des astreintes et des personnes référentes (assistante de direction, infirmière coordinatrice, responsable d'hébergement, psychologue et infirmiers de jour). La présence physique d'au moins une personne référente est prévue du lundi au dimanche de 8h à 20h. Un planning mensuel des permanences de direction de résidence est affiché au-dessus de la badgeuse. Les coordonnées des personnes référentes, de la direction de la résidence et de la direction régionale sont disponibles à l'accueil.	
1.2.2.10	Délégation de pouvoirs Un document unique de délégation (DUD) de pouvoirs, daté du 31 janvier 2023 et signé par le directeur a été transmis. Sont délégués au directeur, à compter du 24 novembre 2022, les pouvoirs de contrôle, de direction, de discipline, de gestion et de formation du personnel affecté à l'établissement Tiers Temps. Le DUD précise la nature et l'étendue de la délégation en matière de : - Définition de la mise en œuvre du projet d'établissement ; - Gestion et animation du personnel (dans la limite du budget annuel défini avec la direction de la société) ; - Gestion budgétaire, financière et comptable (dans la limite de 1 500 €) ; - Coordination avec les autorités administratives et intervenants extérieurs. Le DUD est conforme à la législation en vigueur.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.2.12	Présence et qualifications de l'IDEC L'établissement est doté d'une IDEC. La salariée est titulaire d'un diplôme d'Etat d'infirmier [redacted] est inscrite au tableau de l'Ordre départemental des infirmiers [redacted]. Le contrat et l'avenant transmis sont paraphés et signés. Elle est cadre au forfait et dispose d'une fiche de poste infirmier cadre annexée au contrat de travail.	
1.2.2.14	Présence et temps de travail du médecin-coordonnateur L'établissement bénéficie d'un médecin coordonnateur en poste depuis 2021. Au jour du contrôle son temps de travail est de 24,5H/mois soit 0,40 ETP ce qui est conforme à la réglementation pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 45 et 59 places. Le médecin coordonnateur dispose d'un contrat de travail et d'une fiche de poste médecin coordonnateur, les deux sont signés. L'annexe 1 du contrat de travail prévoit le planning d'intervention du médecin coordonnateur : 3h30 les lundis, mardis, jeudis et vendredis.	
1.2.2.15	Qualifications du médecin-coordonnateur Le médecin coordonnateur est inscrit à l'Ordre des médecins. [redacted] Elle ne remplit pas toutes les conditions pour exercer en tant que médecin coordonnateur au moment de l'embauche. Le contrat de travail du médecin coordonnateur prévoit l'engagement de ce dernier à suivre les formations nécessaires. Le bilan de formation longue (cf. 2.1.2.1) mentionne un DU médecin coordonnateur d'EHPAD du 24/11/2022 au 23/06/2023, aucun document justifiant l'obtention du diplôme par le médecin n'a été transmis dans le cadre du contrôle.	Écart 4 : L'établissement n'a pas fourni de justificatif démontrant que le médecin est titulaire d'un diplôme ou d'une attestation de formation continue en lien avec l'exercice du métier de médecin-coordonnateur ce qui contrevient à l'article D312-157 du CASF.

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Conseil de la Vie Sociale	
	Un CVS est en place dans l'établissement.	
	Le règlement intérieur du CVS date d'août 2024. Celui-ci mentionne bien que « Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil. » Et cette composition est bien respectée dans les comptes-rendus postérieurs à cette date.	
1.3.3.1	Ce nouveau règlement intérieur a bien été présenté et adopté par les nouveaux membres au CVS du 12 décembre 2023. En 2023, 4 CVS se sont tenus et 3 compte-rendu ont été transmis pour 2024. Diffusion des compte rendus aux résidents et aux proches : Les compte-rendu du CVS sont également rédigés en langue FALC (Facile à lire et à comprendre) affichés, distribués en chambre et lus toutes les semaines par l'animatrice aux résidents. Pour les proches, ils sont disponibles via [REDACTED] lors d'un CVS en 2024, il a également été proposé de les envoyés directement par courriel.	
	Présentation des EI et dysfonctionnement en CVS	
1.3.3.2	les plaintes et réclamation ainsi que les EI et EIG sont présentés au fur et à mesure de leur survenue au CVS ainsi que les mesures correctives entreprises.	

N°IGAS		Observations ou commentaires	Constat E/R
		Plan d'amélioration continue de la qualité	
1.4.1.7		L'établissement a transmis un plan d'amélioration continue de la qualité. Celui-ci présente 29 actions dont les sources sont l'auto-évaluation, le CPOM, les enquêtes de satisfactions, le projet d'établissement. Les RETEX des EI ne font pas partie des sources de ces actions, les axes d'amélioration de l'évaluation externe de mars 2024 ne font pas non plus partie des sources des actions du PACQ. Sur les 29 actions, 93% sont en cours et 7% notées en retard.	Remarque 2 : Le PACQ n'est pas régulièrement mis à jour en prenant en compte les RETEX des EI et EIG et les axes d'amélioration identifiés par l'évaluation externe de 2024.
1.4.2.1		Évaluations interne et externe L'évaluation externe transmise date de mars 2024, elle présente une [REDACTED] note globale de 3,95 sur 4. Seuls deux points sont identifiés comme à améliorer dans le rapport : au niveau du circuit du médicament « une absence de notification sur [REDACTED] de l'ouverture d'une gélule au moment de la distribution » et au niveau des animations, le rapport note que « l'établissement n'organise pas assez d'événements dans ses propres locaux pour favoriser les interactions ». Il est très actif pour proposer des sorties à l'extérieur pour ses résidents. L'établissement a également transmis une évaluation interne qui date de 2021.	
1.4.3.1 et 1.4.3.2		Politique de bientraitance et de lutte contre la maltraitance L'établissement a mis en place une politique de bientraitance. La psychologue de l'établissement est référente bientraitance, elle a rédigé une charte de la bientraitance en 2024. L'évaluation externe de 2024 mentionne que des documents sur la bientraitance sont remis aux salariés « bientraitance et éthique, "les mots pour le dire" » et qu'un « Kit bientraitance » est présenté aux salariés en début d'année, et à chaque nouvelle embauche, il est également mis à disposition en salle de pause. -Une "Cartographie des situations à risques de maltraitance en établissement" a été travaillée par la Direction et la psychologue (cette cartographie a été transmise dans le cadre de ce contrôle). Une présentation est prévue aux équipes prochainement. La politique de bientraitance de l'établissement a été présentée au CVS.	

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Une procédure de traitement et signalement d'une suspicion ou d'un fait de maltraitance de juin 2024 a été transmise. Celle-ci mentionne bien le signalement au Procureur de la République. <u>Le projet d'établissement</u> Le projet d'établissement développe un chapitre sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance. Il mentionne la déclaration au Procureur de la République en cas de maltraitance. Celui-ci indique également entre-autre : • « Mise en place de temps d'échanges et de groupes de réflexion qui visent à soutenir les professionnels dans leurs pratiques. • Mise en place d'un processus d'intégration pour tous les nouveaux collaborateurs au cours duquel est abordée la notion de bientraitance (remise du livret « Les mots pour le dire » ...). • Evaluation du risque de maltraitance. • Tenue d'un Comité Bientraitance trimestriel. • Mise en place des outils de la loi 20002-2 garantissant l'exercice des droits fondamentaux et des libertés individuelles des personnes accueillies. • Mise en place de partenariats avec d'autres structures afin d'améliorer nos connaissances ou nos pratiques. • Mise en œuvre au niveau du groupe d'un dispositif de « lanceur d'alerte » relatif au signalement d'un crime, d'un délit, d'une menace ou d'un préjudice pour l'intérêt général. ». <u>Formation des salariés</u> Deux formations ont été réalisées en 2021 et 2022 auxquels ont participés 24 salariés, soit plus de 50% des salariés de l'établissement. Le projet d'établissement indique l'objectif de réaliser ces formations tous les 2 ans. Le téléphone d'Allo Maltraitance est rappelé dans le livret d'accueil des résidents.	

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS		Observations ou commentaires	Constat E/R
		Enregistrement, traitement et suivi des plaintes/enquêtes de satisfaction	
		<u>Les enquêtes de satisfaction :</u> Une enquête de satisfaction est réalisée dans l'établissement tous les 6 mois. 4 enquêtes ont été transmises (2022, 2023). Elles montrent une bonne satisfaction globale des résidents et des familles, les principaux points à améliorer sont, au premier semestre 2022, le temps de réponse aux appels malades, et l'aménagement des espaces extérieurs ainsi que l'entretien des espaces extérieurs par la suite sans doute du fait des travaux de rénovation des bâtiments en cours. Une analyse du temps de réponse aux appels malades est présentée par la direction en réponse lors d'un CVS, et un point est fait sur l'avancée des travaux. Aucune enquête de satisfaction n'a été présentée pour 2024.	Remarque 3 : La distinction entre les EI et les plaintes n'est pas faite dans l'établissement. En effet les fiches « Je signale » sont utilisées à la fois pour les plaintes et réclamations des résidents et leur proches que pour déclarer des EI par les salariés.
1.5.1.1		<u>Les plaintes et réclamations</u> L'établissement a mis en place, en novembre 2023, des fiches « Je signale », disponibles à l'accueil, pour les résidents et leurs proches pour signaler leurs plaintes ou réclamations. Le compte rendu du CVS du 7 février 2024 indique que ces fiches « font systématiquement l'objet d'une analyse en comité de direction et d'un retour à l'émetteur ». Les trois plaintes envoyées par l'établissement sont, en fait, toutes des EI (panne informatique ayant entraîné la panne du système d'appel malade, sortie inopinée, porte de salle de bain bloquée ayant empêché de procéder à la toilette d'une résidente). Ces événements ont été déclarés par des salariés. Une fiche unique « Je signale » pour les EI et les plaintes semble entretenir cette confusion.	
		Gestion des EI/EIG	
1.5.1.3		<u>Procédures :</u> L'établissement a transmis deux procédures de traitement des EI/EIG, l'une intitulée « Procédure des EI à déclarer aux autorités » qui comporte la définition des EIG, et l'autre « Procédure de gestion des fiches « Je signale » », qui correspond aux EI traités en interne.	Remarque 4 : La procédure de gestion des EIG ne mentionne pas la procédure spécifique relative aux traitements des situations de maltraitements de juin 2024.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La « Procédure des EI à déclarer aux autorités » ne mentionne pas la procédure spécifique relative aux traitements des situations de maltraitements de juin 2024 établie par l'établissement. La charte d'incitation à la déclaration des EI est jointe à la procédure. Formations : L'établissement a réalisé une sensibilisation a déclaration des EI/EIG en 2023, 26 salariés étaient présents (feuille d'émargement transmise).	
1.5.1.5	<u>Analyses et suivi – Déclaration des EI/EIG</u> Les tableaux de suivi des EI/EIG transmis pour 2023 et 2024 comportent également les plaintes et réclamations des résidents et de leurs proches. L'établissement n'a pas transmis de RETEX d'EIG mais a créé récemment une grille d'analyse permettant de les réaliser (fin 2023). Les deux derniers EIG survenus sont antérieurs à cette grille. Ces deux EIG ont bien été transmis aux autorités de contrôle.	

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R																								
2.1.1.1	Effectifs L'établissement a remis un registre unique du personnel (RUP) pour l'année 2022 et pour l'année 2023. [Redacted] La mission note des incohérences entre les données du RUP et l'organigramme : des dates de fin de contrat mentionnées pour des agents en CDI, présents sur l'organigramme d'octobre 2024. Des agents présents sur l'organigramme et non-inscrits au RUP. Composition de l'équipe pluridisciplinaire A partir du RUP et de l'organigramme fournis, l'équipe de l'établissement Tiers Temps peut être reconstituée comme suit : <table><tr><th></th><th>Nbr de poste</th><th>ETP Pourvus</th></tr><tr><td>Directeur(trice)</td><td></td><td>[Redacted]</td></tr><tr><td>Assist/Attaché(e) de Dir (AM)</td><td></td><td>[Redacted]</td></tr><tr><td>Chargé(e) accueil et administration</td><td></td><td>[Redacted]</td></tr><tr><td>Médecin Coordonnateur(trice)</td><td></td><td>[Redacted]</td></tr><tr><td>Kinésithérapeute</td><td></td><td>[Redacted]</td></tr><tr><td>Psychologue</td><td></td><td>[Redacted]</td></tr><tr><td>Psychomotricien</td><td></td><td>[Redacted]</td></tr></table>		Nbr de poste	ETP Pourvus	Directeur(trice)		[Redacted]	Assist/Attaché(e) de Dir (AM)		[Redacted]	Chargé(e) accueil et administration		[Redacted]	Médecin Coordonnateur(trice)		[Redacted]	Kinésithérapeute		[Redacted]	Psychologue		[Redacted]	Psychomotricien		[Redacted]	Remarque 5 : La mission note des incohérences entre les données du RUP et l'organigramme.
	Nbr de poste	ETP Pourvus																								
Directeur(trice)		[Redacted]																								
Assist/Attaché(e) de Dir (AM)		[Redacted]																								
Chargé(e) accueil et administration		[Redacted]																								
Médecin Coordonnateur(trice)		[Redacted]																								
Kinésithérapeute		[Redacted]																								
Psychologue		[Redacted]																								
Psychomotricien		[Redacted]																								

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Ergothérapeute (0,5 ETP à pourvoir) Animateur(trice) Infirmier(e) coordinatrice Infirmier(e) ASD ASD Référent ASD av. tutorat qual AES S AMP AMP avec tutorat qualifié Gouvernant(e) ASH Cuisinier(e) (Chef d'Equipe) Cuisinier(ère) Technicien(ne) maintenance Total	La composition de l'équipe pluridisciplinaire est conforme à la réglementation. Répartition par âges des agents au chevet L'établissement va devoir faire face au remplacement de près de la moitié de son équipe de soin (6 agents sur 14) dans les prochaines années.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Ancienneté des agents en CDI d'après le RUP 2023 L'établissement est confronté à un renouvellement de l'équipe soignante, l'intégration des nouvelles recrues dans le but de maintenir une stabilité de l'équipe est l'un des enjeux dans la qualité de la prise en charge. <u>Contrats à durée déterminée</u> La mission note une diminution du recours aux CDD pour faire face aux absences pour maladie et absences injustifiées de 2022 à 2023. Le recours aux contrats de remplacement d'agent en accident de travail a également chuté passant de 16 contrats en 2022 à 0 en 2023. Professions remplacées par des CDD	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Nombre de contrats CDD par profession en 2023 	 L'établissement a recours à un nombre restreint de salariés aides-soignants en CDD, ce qui favorise une continuité dans l'équipe soignante et la prise en charge des résidents. Les motifs de remplacement principaux permettent de faire le constat d'une gestion anticipée des remplacements, l'établissement reste peu confronté aux absences imprévues, ce qui est un autre signe de continuité de l'équipe soignante dans la prise en charge des résidents.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<u>La rotation du personnel</u>	
2.1.1.3	[REDACTED] <u>L'absentéisme</u> [REDACTED] L'établissement présente un taux de rotation particulièrement élevé et un taux d'absentéisme particulièrement bas. Le contraste de ces chiffres conduit la mission à se questionner sur la qualité du climat social de l'établissement, ce qui représente un enjeu dans la stabilisation de l'équipe, particulièrement sur la question de l'intégration des nouvelles recrues.	Remarque 6 : Le taux de rotation de l'établissement pour l'année 2024 est élevé et peut être un facteur de risque pouvant impacter la prise en charge des résidents.
2.1.1.6	<u>Le recrutement par intérim</u> Il est fait mention dans la procédure de gestion des absences d'un possible recours à l'intérim, les documents remis ne mettent pas en évidence le recours à l'intérim par l'établissement.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R																																	
	Le plan de développement des compétences Formations courtes Un bilan des formations courtes réalisées sur la période 2018 – 2024 a été transmis. [REDACTED] [REDACTED] L'établissement à recours à plusieurs sociétés de formations : - En 2023, 5 sociétés se partagent 613,5 heures de formation dont 3h en e-formation ; - En 2024, 5 sociétés se partagent 808 heures de formation dont 38h en e-formation (technique de cuisine essentiellement). En 2023, 36 agents suivi une formation courte. Toutes les catégories d'emploi sont représentées : administration, animation, soin, hôtellerie et restauration. Les principaux thèmes de formation sont les suivants : <table border="1"> <thead> <tr> <th>Intitulé de la formation (formation courtes année 2023)</th><th>Nbre d'agents formés</th><th>Durée de la formation en heures</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>AFGSU NIVEAU 1</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td></tr> <tr><td>AFGSU NIVEAU 2</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td></tr> <tr><td>COMPRENDRE LE RESIDENT POUR MIEUX COMMUN</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td></tr> <tr><td>CSE MISSION ECONOMIQUE ET SOCIALE</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td></tr> <tr><td>DEVENIR ACTEUR PRAP 2S - ALM - LE SOIN</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td></tr> <tr><td>DROIT DU TRAVAIL</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td></tr> <tr><td>MANAGER FEDERATEUR</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td></tr> <tr><td>PLAIES ET CICATRISATION EHPAD</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td></tr> <tr><td>REFERENT BIEN TRAITANCE</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td></tr> <tr><td>S.M.A.R.T CHEF GERANT</td><td>[REDACTED]</td><td>[REDACTED]</td></tr> </tbody> </table>	Intitulé de la formation (formation courtes année 2023)	Nbre d'agents formés	Durée de la formation en heures	AFGSU NIVEAU 1	[REDACTED]	[REDACTED]	AFGSU NIVEAU 2	[REDACTED]	[REDACTED]	COMPRENDRE LE RESIDENT POUR MIEUX COMMUN	[REDACTED]	[REDACTED]	CSE MISSION ECONOMIQUE ET SOCIALE	[REDACTED]	[REDACTED]	DEVENIR ACTEUR PRAP 2S - ALM - LE SOIN	[REDACTED]	[REDACTED]	DROIT DU TRAVAIL	[REDACTED]	[REDACTED]	MANAGER FEDERATEUR	[REDACTED]	[REDACTED]	PLAIES ET CICATRISATION EHPAD	[REDACTED]	[REDACTED]	REFERENT BIEN TRAITANCE	[REDACTED]	[REDACTED]	S.M.A.R.T CHEF GERANT	[REDACTED]	[REDACTED]	Écart 5 : Les plans de développement des compétences 2023, 2024 et 2025 ne prévoient pas d'action de formation relative à la prise en charge de la douleur, l'accompagnement de la fin de vie et la dénutrition, ce qui contrevient à l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF.
Intitulé de la formation (formation courtes année 2023)	Nbre d'agents formés	Durée de la formation en heures																																	
AFGSU NIVEAU 1	[REDACTED]	[REDACTED]																																	
AFGSU NIVEAU 2	[REDACTED]	[REDACTED]																																	
COMPRENDRE LE RESIDENT POUR MIEUX COMMUN	[REDACTED]	[REDACTED]																																	
CSE MISSION ECONOMIQUE ET SOCIALE	[REDACTED]	[REDACTED]																																	
DEVENIR ACTEUR PRAP 2S - ALM - LE SOIN	[REDACTED]	[REDACTED]																																	
DROIT DU TRAVAIL	[REDACTED]	[REDACTED]																																	
MANAGER FEDERATEUR	[REDACTED]	[REDACTED]																																	
PLAIES ET CICATRISATION EHPAD	[REDACTED]	[REDACTED]																																	
REFERENT BIEN TRAITANCE	[REDACTED]	[REDACTED]																																	
S.M.A.R.T CHEF GERANT	[REDACTED]	[REDACTED]																																	

SENSIBILISATION HACCP

Total général

En 2023, la priorité est mise sur la compréhension du résident et la bientraitance avec la formation de 14 agents à « comprendre le résident pour un mieux commun » et la formation d'un référent bientraitance. La formation « prévention des risques liés à l'activité physique PRAP » (postures professionnelles et gestes techniques) de 28h pour 7 agents vient compléter la démarche de bientraitance.

La formation AFGSU (gestes et soins d'urgence) est inscrite au plan de formation 2023.

La mise en œuvre de la formation PRAP peut expliquer la diminution du nombre de remplacement pour accident de travail et la diminution de l'absentéisme (cf. 2.1.1.1 et 2.1.1.3).

Pour l'année 2024, 61 formations courtes sont enregistrées dont 11 en cours de planification.

Toutes les catégories d'emploi sont représentées : administration, animation, soin, hôtellerie et restauration. Les principaux thèmes de formation sont les suivants :

Intitulé de la formation (formation courtes année 2024)	Nombre d'agents formés	Durée de la formation en heures
AFGSU NIVEAU 1		
APPROCHE MULTISENSORIELLE		
DEVENIR ACTEUR PRAP 2S - ALM - LE SOIN		
ETHIQUE DIMENSION SOCIALE		
GESTION DE L'AGRESSIVITE		
GOUT ET SAVEURS DES PLATS		
HYG SECURITE ALIMENTAIRE_PMS		
MAINTENIR ET ACTUALISER - ACTEUR PRAP 2S		
MANAGER FEDERATEUR - module 2		
POTAGES		
REFERENT PREVENTION DES CHUTES		
TECHNIQUE DE CUISINE TEXTURES MODIFIEES		
Total général		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	En 2024, la dimension éthique et sociale constitue une des priorités de l'établissement avec la formation d'un intervenant extérieur. La bientraitance est abordée par le prisme de : - La gestion de l'agressivité : [REDACTED] ; - L'attention portée aux repas (hygiène, saveur, textures) : [REDACTED] ; - Une approche spécifique des résidents : [REDACTED] ; - L'attention portée aux conditions de travail (PRAP) : [REDACTED] ; La formation AFGSU (gestes et soins d'urgence) est inscrite au plan de formation 2023. Le plan de formation 2025 reconduit la formation PRAP [REDACTED] et prévoit des formations thématiques (12 agents par formation) : - Les problématiques du public « psy vieillissant » ; - L'approche Montessori adaptée aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. Les formations portant sur la dénutrition, la fin de vie (démarche palliative) et la douleur ne sont pas programmées. Des actions de sensibilisation flash sont organisées en interne : - Action de sensibilisation de 30 minutes « accompagnement à la santé – Douleur » par l'IDEC [REDACTED] mars 2024 ; - Action de sensibilisation d'1heure « accompagnement d'un résident en soins palliatifs » par la psychologue pour [REDACTED] juillet 2024 ; - Action de sensibilisation d'1heure « accompagnement à la santé – fin de vie, deuil » par la psychologue [REDACTED] juillet 2024 ; - Action de sensibilisation de 30 minutes « Réflexion éthique : soins palliatifs et bientraitance » par la psychologue [REDACTED] décembre 2023. Formations diplômantes Six salariés ont eu accès à une formation diplômante ces dernières années : - Formation d'assistant soins en gériatrie (ASG) de 09/2021 à 03/2022 : [REDACTED] ; - Master management des établissements de santé de 10/2021 à 09/2022 : [REDACTED] ; - DU médecin coordonnateur d'EHAD de 11/2022 à 06/2023 : [REDACTED] ; - DE d'aide-soignant de 09/2023 à 08/2024 : [REDACTED] ; - DU de gériatrie (distanciel) en cours depuis le 7/10/2024 : [REDACTED] ;	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La Mission de contrôle souligne l'effort de l'établissement dans le développement des compétences de son personnel, particulièrement par l'attention portée aux formations diplômantes.	
2.1.2.5	<u>Protocole d'accueil des nouveaux professionnels</u> Fiche RH Groupe L'établissement dispose d'une fiche RH, à destination de l'encadrement, intitulée « Fidélisation. L'intégration des professionnels en résidence ». Le document présente les trois piliers de la démarche d'intégration du groupe : - Les essentiels de l'accueil avec remise de documents et matériel ; - o Documents administratifs, fiche de poste, tenue vestimentaire, badge, Pocket de bienvenue et présentation des outils de travail en e-learning. - L'accueil attentionné ; - o Présentation à l'équipe, affichage de l'affiche de présentation (photo, identité, fonction et centres d'intérêt), accompagnement bienveillant (moment de convivialité, temps d'échange, remise de goodies). - Les Plus de l'organisme gestionnaire ; - o Un référent accueil ; - o Un doublon de deux à trois jours avec un pair ; - o Une expérience pour comprendre la PA : simulateur de vieillissement. Attestation Groupe Une fiche attestation de remise de documents, d'informations et de matériels au nouveau salarié reprend : - Les documents à consulter et leur lieu d'affichage ou de consultation notamment une brochure bientraitance, un carnet éthique et bienveillance, charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables ; - Les informations : système de vidéo surveillance et localisation des caméras ; - Le matériel de travail. Le document prévoit l'engagement du nouveau salarié à prendre connaissance de l'ensemble de la documentation mentionnée. Une check List « Accueil d'un nouveau collaborateur » décrit les différentes étapes de l'intégration : Pré-intégration, dans les 48 heures suivant la prise de poste, phase d'intégration semaine 1 et 2, fin de période d'essai. Le document est décliné en quatre exemplaires : personnel administratif, responsable de service, binôme et de direction.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Un guide d'utilisation : Outils de la phase d'intégration du nouveau collaborateur décrit la méthodologie pour conduire la phase d'intégration d'un nouveau collaborateur : Bilan à 48h ; Bilan à 15 jours et bilan de fin de période d'essai. Procédure Tiers Temps d'accueil et d'intégration d'un nouveau collaborateur Le document reprend de manière schématique (Qui, Quoi, Document de référence) les informations des différents documents groupes. Livret d'accueil du nouveau collaborateur Tiers Temps Le document est remis au nouveau collaborateur. Il décrit : - Les bonnes pratiques de la prise en charge des résidents dont la connaissance du projet de vie du résident ; - Les principaux interlocuteurs : identité, fonction et principales missions ; - Les informations pratiques : badgeuse, contrat de travail, tenue de travail, vestiaire, transmissions ; repas, horaire de travail, téléphone portable, salaire, formation incendie, congés, remise d'un planning.	
2.1.4.5	Les plannings Personnel administratif / animation : - Le directeur est en 7h du lundi au vendredi et effectue des astreintes un week-end par mois ; - Les assistantes de direction travaillent en 10h : 8h30/12h – 13h/19h30 roulement 2 jours travaillés, 2 jours de repos. 3 jours travaillés, 3 jours de repos ; - L'animatrice est présente du lundi au vendredi. Les plannings des mois de septembre, octobre et novembre ont été transmis. La lecture des plannings fait apparaître une organisation sur 4 étages. Planning hôtellerie : Deux ASH (équipe/contre équipe) interviennent sur deux étages (1^{er}/RDC ; 2^{ème}/4^{ème} et 3^{ème}/4^{ème}). Le besoin théorique est donc de 6 ASH ce qui correspond au nombre d'agent en poste. 1^{er}/ RDC: 2 ASH en 5h (7h30 – 12h30). Roulement 3 jours/2jours. 2 jours/3jours. En cas d'absence, on observe trois situations : - Le remplacement par une ASH d'un autre étage théoriquement en repos ;	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Le remplacement par un professionnel d'un autre corps de métier. Les 12, 22 et 23 octobre un agent de restauration (plongeur), remplace l'ASH en repos compensateur ; - L'absence de remplacement. Plusieurs jours portent la mention « non remplacée » : 4 jours en septembre ; 5 en octobre. 2^{ème}/4^{ème} : Au mois de septembre, un agent du 1^{er} étage vient en renfort pour palier un arrêt maladie. L'agent du 1^{er} est remplacé par des collègues en repos. 3^{ème}/4^{ème} : Les 5 et 6 octobre, une absence pour congés est compensée par une professionnelle du 1^{er}RDC. Le 1^{er}RDC est laissé sans professionnel. Le 12 octobre un agent de cuisine, un plongeur, remplace un ASH absent pour maladie. Certains jours, l'établissement fonctionne sans ASH sur le 1^{er}RDC. Le remplacement de congés de 20 jours du mois d'octobre (10 jours à remplacer) est traité comme suit : 1 journée par un plongeur, 3 journées par une ASH d'un autre étage, 2 journées par la collègue de la contre équipe, 4 jours par un salarié en CDD. En ayant recours au personnel de repos et a fortiori au personnel de la contre équipe pour le remplacement d'un salarié absent, l'établissement prend le risque d'un épuisement qui peut entraîner actes de maltraitance et accidents de travail. Planning restauration - Les cuisiniers : On distingue trois créneaux horaires pour les cuisiniers. La présence du chef de cuisine et du second s'alterne. Le chef de cuisine est présent le matin (M) et le second l'après-midi (S). Un troisième créneau est utilisé sur les jours de repos (C). M : 8h-14h15 pour le chef et S : 13h15-19h30 pour le second. C : 8h-14h15 / 15h30-19h30 est utilisé sur les jours de repos. Lors des jours de repos d'un agent de cuisine, l'autre agent effectue le remplacement sur le créneau C soit 10h15/jour. Les modalités de remplacement durant les congés ne sont pas identifiables. Le remplacement du chef cuisinier d'une semaine en septembre n'est pas retranscrit sur le planning. - Les plongeurs :	Écart 6 : Le non-respect des temps de repos du personnel nuit à la qualité de la prise en charge et à la sécurité du résident ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° CASF. Remarque 7 : Le planning restauration de septembre ne fait pas apparaître le remplacement du chef cuisinier absent pour congés.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le nom d'un des agents ne correspond pas à l'organigramme remis et n'apparaît pas sur le RUP 2023. Le prénom étant correct, la mission émet l'hypothèse qu'il s'agit d'une faute de frappe. Deux plongeurs travaillent en alternance, à temps partiel de 13h-15h30 et de 17h30-20h30 (soit 5,50H/jour). Un seul plongeur est programmé par jour. Le déplacement du plongeur sur un poste d'ASH les 12, 22 et 23 octobre n'est pas reporté sur le planning ; son remplacement n'est pas indiqué. Les absences pour congés sont absorbées par la contre équipe. L'agent de la contre équipe travaille 6 jours consécutifs au mois d'octobre (du 22 au 27 octobre). - Les serveurs : Deux serveurs travaillent en alternance, en 10h, de 9h-20h15 avec une pause de 1h15 (14h-15h15). Les absences sont compensées par la contre équipe ou une ASH. - L'homme d'entretien est présent du lundi au vendredi. Le remplacement de l'absence du 29 et 30 octobre n'est pas explicité sur le planning. Plannings soins La lecture des plannings des mois de septembre, octobre et novembre renseigne sur la présence des professionnels de soin : - Le médecin coordonnateur le lundi, mardi, jeudi et vendredi de 15h à 18h30 ; - L'IDEC du lundi au vendredi de 9h à 17h ; - Les deux IDE sont présentes en alternance de 8h-20h. L'équipe de soin théorique se compose de 14 agents (10 de jour et 4 de nuit). L'équipe de jour est présente sur une amplitude horaire de 7h30 à 20H. L'équipe de nuit est présente de 19h30 à 7h30. Les horaires des équipes de jour et nuit se chevauchent sur 30 minutes le soir ce qui permet d'organiser les transmissions. Les horaires du matin ne mettent pas en évidence un chevauchement permettant aux agents d'effectuer les transmissions. 4 arrêts maladie de longue durée sont observés sur les plannings (9 semaines, 13 semaines, 6 semaines et 9 semaines). Les agents sont remplacés par des contractuels, des agents de jour ou les agents mis à disposition. Au jour du contrôle, deux AS de jour et deux AS de nuit (50% de l'effectif) sont en arrêt maladie. Deux autres agents sont indiqués comme étant mis à disposition. L'équipe de jour se compose de 5 soignants (agent à disposition compris) pour 32 résidents au jour du contrôle 2 AS/AMP fixes, 2 CDD et 1 infirmier revenu sur son jour de congés et qui fait office d'aide-	Remarque 8 : Le temps dédié aux transmissions du matin, entre l'équipe de nuit et l'équipe de jour, n'est pas formalisé dans les plannings. Remarque 9 : Le planning transmis ne permet pas d'identifier la répartition dans les étages des agents de l'équipe de soin

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	soignant soit un ratio de 6 à 7 résidents par soignant. L'équipe de nuit se compose de 2 agents : un AS de nuit et un AS de jour affecté de nuit en dépannage. Le planning ne permet pas d'identifier la répartition des agents de l'équipe de soin par étage.	
2.1.4.2	Les fiches de tâches horaires L'établissement dispose de 15 fiches de tâches horaires (fonction/étage) : - 3 fiches de tâches AS - AMP de nuit (19h30 - 7h30) ; - 4 fiches de tâches AS - AMP de jour (7h15-19h15 ; 8h-19h ; 8h-20h ; 8h30 - 20h) ; - 5 fiches de tâches ASH ; - 1 fiche de tâches IDE ; - 1 fiche de tâches Chef de cuisine et - 1 fiche de tâches cuisinier. Principales missions des ASH : - Préparer le chariot du petit déjeuner. - Servir le petit déjeuner en fonction des souhaits du résident et en portant attention au résident (frapper à la porte, se présenter, prendre des nouvelles, ouvrir les volets...) ; - Débarrasser le plateau ; - Aspirateur, nettoyage et bio nettoyage ; - Gestion du linge sale des résidents ; - Distribution des vêtements propres ; - Traçabilité Netsoins Principales missions des AS/AMP : - Transmission orale avec l'équipe de nuit + lecture des transmissions écrites Netsoins ; - Lever et installation des résidents pour le petit déjeuner ; aide aux transferts ; aide au coucher ; aide au repas ; - Prise en charge des soins d'hygiène selon le plan de soin individualisé ; changes ; - Conduite des résidents aux ateliers thérapeutiques ; restaurant ; animations ludiques ; - Transmissions écrites Netsoins Principales missions des IDE :	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Lecture des transmissions Netsoins ; - Distribution des traitements avec tablette sur Netsoins et classeur des prescriptions ; préparation des traitements du coucher ; - Réfections des pansements ; - Prise de rendez-vous externes, liens avec les familles Les fiches de tâches horaires AS/AMP jour et AS/AMP nuit mentionnent l'interdiction de quitter son poste avant l'arrivée de la relève. Les rotations horaires mentionnées sur les fiches de tâches AS/AMP jour et AS/AMP nuit ne sont pas appliquées sur les plannings. La rotation 7h15-19h15 qui permet un temps de transmission entre les équipes n'est pas effective sur les plannings (cf. 2.1.4.5). La fiche de tâches horaires des aides-soignants de nuit prévoit la distribution des médicaments de nuit préparés par l'IDE (formation préalable par l'IDEC et une IDE cf. 2.1.4.4). Les fonctions et conduites à tenir sont mentionnées sur les fiches de tâches horaires. Les fiches ne font pas état de la marge d'initiative, des limites en cas d'évènement inattendu, ni des possibilités de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte.	
2.1.4.4	<u>Le glissement de tâches</u> Equipe de soin Les éléments fournis (date d'obtention des diplômes des agents) et l'analyse des plannings ne mettent pas en évidence la présence d'un glissement de tâches entre les AS/AMP/AES et les ASH. Des documents attestant la formation des AS de nuit à la distribution du médicament par l'IDEC et une IDE ont été transmis. Equipe Hôtellerie Restauration La mission constate que l'établissement fait appel aux plongeurs pour pallier aux absences des ASH.	
2.1.4.7	<u>La gestion des absences</u> L'établissement dispose d'une procédure mode dégradé qui décrit la gestion de 7 cas d'absence : absence d'une infirmière, d'un personnel soignant de jour, de nuit, personnel hôtelier, de lingerie, de cuisine et animateur. Le recours à la procédure est prévu en cas de remplacement impossible (indisponibilité des membres de la contre-équipe, des vacataires, de l'intérim).	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La procédure peut être résumée comme suit : - Absence d'IDE : l'IDEC réorganise les soins en fonction des priorités et gère la distribution des médicaments avec un AS ou AMP formé au circuit du médicament ou à défaut le MedCo ; - Absence d'un soignant de jour : un soignant est détaché sur l'unité concernée ou plusieurs soignants de l'unité concernée se répartissent les soins du salarié absent ; - Absence de deux soignants de jour ou plus : priorisation des soins. Participation des IDE, voire de l'IDEC et du MedCo aux toilettes, changes et aide au repas ; - Absence de soignant de nuit : sollicitations du personnel de jour pour qu'il reste plus tard, répartition des soins et de la surveillance sur les salariés présent ; - Absence d'un ou plusieurs ASH : répartition des chambres aux ASH présents. Priorisation des chambres sales et zones prioritaires. Sollicitation de la lingerie pour une aide à la distribution des petits déjeuners. Sollicitation des AS pour la désinfection de l'environnement. - Absence d'une hôtière (serveuse d'après l'organigramme) : en semaine, répartition de la charge de travail de l'hôtière sur les ASH ; le week-end, répartition des tâches essentielles de l'hôtière sur les ASH et sollicitation de la plongeuse et du personnel de cuisine. - Absence de la plongeuse ou du personnel de lingerie : l'hôtière se charge de la plonge ou du linge urgent. Les ASH se répartissent le reste de la charge du poste hôtelier ; - Absence de l'animateur : le personnel soignant assure les animations en apportant des modifications si nécessaires. La procédure du mode dégradé a été présentée à ■ agents (feuille émargement transmise).	
2.1.4.10	<u>La qualification du personnel de nuit</u> L'établissement est doté de ■ AS de nuit. L'établissement a transmis un tableau mentionnant une date de diplôme pour les professionnelles concernées.	

Prises en charge

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

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.1.1.1	La procédure d'admission L'établissement a bien fourni une procédure d'admission. Cette procédure fait mention de la recherche du consentement de la personne âgée pour son admission dans l'établissement. Une fiche type pour le recueil de ce consentement a été fournie ; Avis du MedCo lors de l'admission Cette procédure indique bien que le MedCo intervient dans la validation (ou non) de l'admission d'un nouveau résident Le questionnaire Q7 indique que le MEDCO prend contact avec le médecin traitant et/ou le service hospitalier du futur résident afin de recueillir les informations médicales. Si possible, il recueille le consentement du résident à son entrée en EHPAD. Il valide le dossier du résident, sur la base du dossier CERFA. Cependant, le RAMA 2023 indique que seule 57% des nouvelles admissions ont reçu un avis du MedCo.	Écart 7 : Le RAMA 2023 indique que seules 57% des nouvelles admissions ont reçu un avis du MedCo ce qui contrevient à l'article D312-155-3 2° du CASF.
3.2.1.2	Contenu de l'Évaluation à l'admission La réponse au questionnaire Q7 indique que : « le MedCo prescrit les analyses biologiques et les dispositifs médicaux nécessaires. Il réalise et supervise les évaluations à réaliser dans les jours qui suivent l'admission (GIR, Pathos, Braden...). »	
3.1.3.3	Le Projet Personnalisé (PP) La procédure : Il existe une procédure pour la réalisation des PP. Celle-ci indique que le PP initial est réalisé dans les six mois qui suivent l'entrée du résident Il est rédigé via une participation pluriprofessionnelle au niveau de l'établissement. En fin de processus, il est présenté au résident et à ses proches, après signature il est joint au contrat de séjour. Il est réévalué tous les ans et tous les 6 mois pour l'unité protégée. Réalisation des PP : Une sensibilisation à la réalisation des PP a été faite dans l'établissement le 4/01/2024.	Remarque 10 : Un résident, entré il y a plus de six mois, n'a pas de PP.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La référente PAI de l'établissement est la psychologue. Elle est référente pour tous les résidents. Sur 32 résidents, un résident entré il y a plus de six mois n'a pas de PP, et les 31 autres résidents ont bien un PP qui date de moins d'un an.	
3.1.4.4	La Commission de Coordination Gériatrique : L'établissement a bien fourni deux compte-rendu de la coordination gériatrique de 2023 et 2024. Ceux-ci abordent les sujets suivants : les travaux en cours dans l'établissement, le problème de manque de médecins traitants, les suivis nutritionnel (analyse biologique d'albumine), la mise en place de la télé médecine dans l'établissement, les retards de renouvellement de prescriptions, la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans les prescriptions, la promotion et l'utilisation des même médicaments génériques, la limitation des psychotropes et neuroleptiques, la réévaluation des ordonnances l'autorisation accordée aux IDE d'établir des certificats de décès.	
3.1.4.5	Interventions des professionnels médicaux libéraux ■ médecins traitants interviennent dans l'établissement, ils prennent en charge ■ 31 résidents au total sur 32 résidents dans l'établissement. ■	
2.5.4.3	Système d'appels-malade L'établissement utilise le logiciel ■ pour obtenir les statistiques des temps de réponse. L'IDEC procède toutes les semaines à un contrôle des temps de réponse, qu'elle consigne dans un registre. L'extraction des statistiques fournie pour le mois de septembre 2024 indique que le temps moyen de réponse est de 15 min la nuit et 9 min le jour, et il est répondu à 78% des appels de nuits en moins de 12 min, et 72% des appels reçoivent des réponses en moins de 12 min le jour.	

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
<u>Les droits du résident</u>	Le livret d'accueil de l'établissement mentionne la liste des personnes qualifiées et les coordonnées pour pouvoir y faire appel en cas de besoin. Ce livret d'accueil est remis à l'admission d'un nouveau résident ainsi que la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Le contrat de séjour contient également des dispositions portant sur les droits du résident : - le droit à l'image, - le recours possible à un médiateur de la consommation, - le recours possible à une personne qualifiée, - les droits associés à la protection des données personnelles, - l'annexe 8 présente les droits relatifs à la liberté d'aller et venir, - l'annexe 13, présente la possibilité de désigner une personne de confiance, - l'annexe 14 présente la rédaction des directives anticipées. Par contre, ces deux documents ne présentent pas le libre choix du médecin traitant et la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.	Remarque 11 : Le libre choix du médecin traitant et la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance ne sont abordés ni dans le contrat de séjour, ni dans le livret d'accueil.
<u>Contentions</u>	<u>Procédure relative aux contentions</u> Une procédure relative aux contentions du groupe DomusVi mis à jour le 16/11/2024, très complète, a été transmise. Elle mentionne que les contentions doivent être envisagées toujours en dernier recours et après avoir recherché des alternatives à la contention et que les contentions sont sous couvert d'une prescription médicale. Les risques de la contention sont aussi présentés. Après une analyse bénéfice/risque réalisée en équipe pluridisciplinaire, si la pause de contention est malgré tout décidée, une information du résident et de son entourage est réalisée ainsi qu'une recherche de leur consentement. Les prescriptions des contentions sont réévaluées toutes les semaines durant le 1^{er} mois puis tous les mois. Le retrait de la contention est réalisé dès que possible.	Remarque 12 : Le RAMA indique que le nombre de contention a fortement augmenté entre 2022 (■ contentions) et 2023 (■ contentions) soit une multiplication pratiquement par six, sans présenter d'analyse de cette augmentation.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Réalisation – bilan de la pause des contentions et de la recherche de leur réduction La MedCo a réalisé une information/sensibilisation sur la mise en place des contentions et l'analyse des chutes le 7 décembre 2023. Le RAMA indique que l'établissement a instauré un questionnement éthique concernant l'usage des contentions pour les résidents pour lesquels le rapport bénéfice/risque est discutable. Le RAMA indique que le nombre de contention a fortement augmenté entre 2022 (25 contentions) et 2023 (147 contentions) soit une multiplication pratiquement par six, sans présenter d'analyse de cette augmentation.	

Soins

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.8.2.9	<u>Convention EHPAD / Officine et circuit du médicament</u> Une convention partenariale entre l'EHPAD et une officine en date du 6/02/2024 a bien été transmise. Dans cette convention le pharmacien dispensateur s'engage à un contact individualisé par une visite obligatoire à chaque nouveau résident pour la première dispensation de médicaments. Cette convention comporte en annexe une information au résident indiquant son droit au libre choix du pharmacien. L'établissement est par ailleurs engagé dans un plan d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD.	
3.8.2.22	<u>Délégation d'administration des médicaments par l'IDE</u> La procédure d'administration des médicaments fournie par l'établissement : « Distribution et administration des médicaments par l'IDE », sa dernière modification date du : 12/07/2018. Elle prévoit la délégation d'administration des médicaments. Elle précise bien que l'administration du médicament est de la responsabilité de l'IDE. Les IDE assureront la traçabilité de la prise médicamenteuse. La délégation de l'administration des médicaments de l'IDE vers les AS précise bien qu'elle concerne uniquement les médicaments de la vie courante (de forme orale « sèche » : comprimés / gélules). Les autres formes médicamenteuses : injectables, solutés buvables, dispositifs transdermiques (patches), collyres, suppositoires, ovules, pommades (avec principe actif) sont administré uniquement par l'IDE. L'établissement a transmis également une autre procédure qui permet la distribution et l'administration de médicaments morphiniques (comprimés/gélules) par l'AS/AMP la nuit pour la prise en charge de la douleur. A été transmis également un document présentant la formation AS/AMP/AES pour la distribution et l'administration des médicaments hors morphiniques. Des fiches de présence à des sensibilisations/formations délivré par l'IDEC aux AS ont été fournies dont une formation pour l'administration des médicaments morphiniques la nuit par les AS.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Dépistage et lutte contre la douleur <u>Procédure</u> L'établissement a transmis une procédure d'évaluation et prise en charge de la douleur dont la dernière mise à jour est datée du 25/05/2023. Cette procédure présente différentes évaluations de la douleur une pour la personne âgée communicante [REDACTED] et une pour la personne ayant des troubles de la communication verbale, [REDACTED] notamment. La procédure précise également que l'évaluation de la douleur doit être faite par l'ensemble du personnel soignant qui doit être formé et sensibilisé. Le dépistage de la douleur est réalisé aux moments suivants : • À l'admission du résident puis en continu, • Modification de comportement (agitation, apathie) ou de son état (problème médical aigu, chute), • A chaque plainte douloureuse, • Lors des soins, • En cas de changement physiologique (PA, pouls). Et une procédure de Prise en soin médicamenteuse de la douleur du sujet âgé fragile qui présente les différents médicaments pour la prise en charge de la douleur. <u>Réalisation :</u> Le RAMA indique que l'évaluation de la douleur est systématique et qu'il est fait recours la HAD si besoin d'intervention la nuit. Il indique par ailleurs qu'en 2023, 22 résidents sont sous antalgique, soit 48% des résidents. Le tableau des évaluations médicales nominatif montre que tous les résidents ont bénéficiés d'évaluations de la douleur. Par ailleurs, une sensibilisation interne à la prise en charge de la douleur a été réalisée le 14/03/2024 par l'IDEC auprès des salariés de l'équipe de soins de l'établissement.	

3.8.2.24

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.8.2.25	<u>Protocole soins palliatifs et fin de vie</u> L'établissement a transmis un protocole relatif aux soins palliatifs très complet ainsi que des feuilles d'émargement de sensibilisations internes à l'accompagnement à la fin de vie. Le RAMA indique que l'établissement a sollicité 3 interventions de l'équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) en 2023.	
3.4.3.9	<u>Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel</u> La liste des évaluations nominatives fournies indique que le suivi de l'état nutritionnel de chaque résident est bien réalisé et notamment le suivi mensuel des poids. Le RAMA montre une forte augmentation des résidents à risque de dénutrition de 2022 à 2023, ■ résidents en 2022 à ■ résidents en 2023, sans en donner d'analyse.	Remarque 13 : Le RAMA montre une forte augmentation des résidents à risque de dénutrition de 2022 à 2023, ■ résidents en 2022 à ■ résidents en 2023, sans en donner d'analyse.

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
<u>Personnels médicaux et paramédicaux libéraux</u>		
4.2.1.2	Les informations fournies par l'établissement indiquent que ■ kinésithérapeutes, ■ orthophoniste et ■ zoothérapeute interviennent dans l'établissement.	
	L'emploi du temps des kinésithérapeutes montrent qu'ils assurent une présence tous les jours de la semaine.	

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

Écart 1 :	Les éléments transmis ne permettent pas de s'assurer de l'affichage du règlement de fonctionnement R311-34 CASF	11
Écart 2 :	Le règlement de fonctionnement ne reprend pas les modalités de transferts et déplacements ni les conditions d'organisation de la délivrance des prestations offertes par l'établissement à l'extérieur R 311-36 du CASF.	11
Écart 3 :	Les annexes comprenant les procédures opérationnelles du plan bleu n'ont pas été transmises. Ainsi, la mission de contrôle ne peut vérifier que le plan bleu transmis remplit les prescriptions de l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).	13
Écart 4 :	L'établissement n'a pas fourni de justificatif démontrant que le médecin est titulaire d'un diplôme ou d'une attestation de formation continue en lien avec l'exercice du métier de médecin-coordonnateur ce qui contrevient à l'article D312-157 du CASF.	16
Écart 5 :	Les plans de développement des compétences 2023, 2024 et 2025 ne prévoient pas d'action de formation relative à la prise en charge de la douleur, l'accompagnement de la fin de vie et la dénutrition, ce qui contrevient à l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF.	27
Écart 6 :	Le non-respect des temps de repos du personnel nuit à la qualité de la prise en charge et à la sécurité du résident ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° CASF.	32
Écart 7 :	Le RAMA 2023 indique que seules 57% des nouvelles admissions ont reçues un avis du MedCo ce qui contrevient à l'article D312-155-3 2° du CASF.	37

Remarques

Remarque 1 :	Les liens hiérarchiques et fonctionnels n'apparaissent pas dans l'organigramme.	14
Remarque 2 :	Le PACQ n'est pas régulièrement mis à jour en prenant en compte les RETEX des EI et EIG et les axes d'amélioration identifiés par l'évaluation externe de 2024.	18
Remarque 3 :	La distinction entre les EI et les plaintes n'est pas faite dans l'établissement. En effet les fiches « Je signale » sont utilisées à la fois pour les plaintes et réclamations des résidents et leur proches que pour déclarer des EI par les salariés.	20
Remarque 4 :	La procédure de gestion des EIG ne mentionne pas la procédure spécifique relative aux traitements des situations de maltraitements de juin 2024.	20
Remarque 5 :	La mission note des incohérences entre les données du RUP et l'organigramme.	22
Remarque 6 :	Le taux de rotation de l'établissement pour l'année 2024 est élevé et peut être un facteur de risque pouvant impacter la prise en charge des résidents.	26
Remarque 7 :	Le planning restauration de septembre ne fait pas apparaître le remplacement du chef cuisinier absent pour congés.	32
Remarque 8 :	Le temps dédié aux transmissions du matin, entre l'équipe de nuit et l'équipe de jour, n'est pas formalisé dans les plannings.	33
Remarque 9 :	Le planning transmis ne permet pas d'identifier la répartition dans les étages des agents de l'équipe de soin	33

45/55

Remarque 10 : Un résident, entré il y a plus de six mois, n'a pas de PP. 37

Remarque 11 : Le libre choix du médecin traitant et la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance ne sont abordés ni dans le contrat de séjour, ni dans le livret d'accueil. 39

Remarque 12 : Le RAMA indique que le nombre de contention a fortement augmenté entre 2022 () et 2023 () soit une multiplication pratiquement par six, sans présenter d'analyse de cette augmentation. 39

Remarque 13 : Le RAMA montre une forte augmentation des résidents à risque de dénutrition de 2022 à 2023, résidents en 2022 à résidents en 2023, sans en donner d'analyse. 43

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD Tiers Temps Paris, géré par DomusVi a été réalisé le 18 octobre 2024 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

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

- Une action de sensibilisation au plan bleu a été effectuée par l'IDEC et le directeur auprès des salariés.
- Le plan bleu est mis à jour chaque année.
- Tant les plaintes et réclamation que les EI et EIG sont présentés au fur et à mesure de leur survenue au CVS.
- Les compte-rendu du CVS sont également rédigés en langue FALC (Facile à lire et à comprendre) affichés, distribués en chambre et lus toutes les semaines par l'animatrice aux résidents.
- L'établissement a mis en place une politique de promotion de bientraitance et de lutte contre la maltraitance particulièrement développée.
- Une charte d'incitation à la déclaration des EI a été rédigée.
- La MedCo a réalisé une information/sensibilisation sur la mise en place des contentions et l'analyse des chutes.
- L'établissement est engagé dans un plan d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD.

Elle a également relevé des dysfonctionnements suivants :

- Les éléments transmis ne permettent pas de s'assurer de l'affichage du règlement de fonctionnement R311-34 CASF
- Le règlement de fonctionnement ne reprend pas les modalités de transferts et déplacements ni les conditions d'organisation de la délivrance des prestations offertes par l'établissement à l'extérieur R 311-36 du CASF.
- Les annexes comprenant les procédures opérationnelles du plan bleu n'ont pas été transmises. Ainsi, la mission de contrôle ne peut vérifier que le plan bleu transmis remplit les prescriptions de l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
- Les plans de développement des compétences 2023, 2024 et 2025 ne prévoient pas d'action de formation relative à la prise en charge de la douleur, l'accompagnement de la fin de vie et la dénutrition, ce qui contrevient à l'article L311-3 (1°) (3°) du CASF.
- L'établissement n'a pas fourni de justificatif démontrant que le médecin est titulaire d'un diplôme ou d'une attestation de formation continue en lien avec l'exercice du métier de médecin-coordonnateur ce qui contrevient à l'article D312-157 du CASF.
- Le non-respect des temps de repos du personnel nuit à la qualité de la prise en charge et à la sécurité du résident ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° CASF.
- Le RAMA 2023 indique que seules 57% des nouvelles admissions ont reçues un avis du MedCo ce qui contrevient à l'article D312-155-3 2° du CASF.

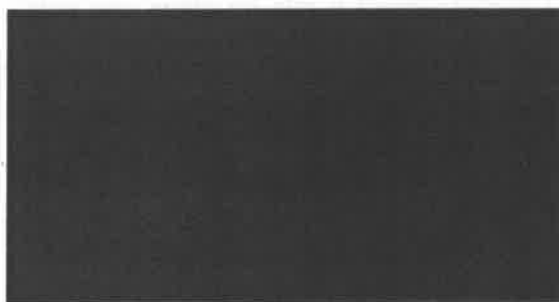
Ces constats nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent des actions de correction.

Saint Denis, le 10/06/2025

Madame Dalhia Elenga,
Coordinatrice de la mission d'inspection,
Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale,
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



Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



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

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

Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'Autonomie
Affaire suivie par : Marielle Dacalor
Courriel : [redacted]

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : Christel Rougy
Courriel : [redacted]

Madame Christel Rougy, coordonnatrice de la mission de contrôle, Ingénieure du Génie Sanitaire, Délégation départementale de Paris, ARS Île-de-France

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

Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet Inspection EHPAD, Délégation départementale de Paris, ARS Île-de-France

Paris, le 18 octobre 2024

Mesdames, Monsieur,

En février 2023, la ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, a engagé la mise en œuvre d'un programme pluriannuel de contrôle des EHPAD sur l'ensemble du territoire national. Sa poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS. Il s'inscrit dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

Ce programme a pour objectif de faire, dans chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents. Il prend en compte les axes suivants :

1. La gestion des ressources humaines ;
2. La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance ;
3. L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante ;
4. La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance.

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur pièces de l'EHPAD Tiers Temps Paris (FINESSE géographique 750003600) situé au 24-26 rue Rémy Dumoncel, 75014 Paris, géré par la SAS Tiers Temps Paris (groupe DomusVI), qui sera mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

Ce contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13, V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants ainsi que sur le fondement des articles L.1421-1 et L.1435-7 du Code de la santé publique, prendra en compte prioritairement les axes suivants :

- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la prise en charge des résidents et la dispensation des soins ;
- La gestion des ressources humaines et la gouvernance ;
- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de traitement des signalements ;

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 03 00
@ARS-ARS-ARS.fr

84 rue Chateaubriand
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Manelle Decalor, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur la fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;

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

- Madame Christel Rougy, coordinatrice de la mission de contrôle, Ingénieure du Génie Sanitaire, Délégation Départementale de Paris ;
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, désigné personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;

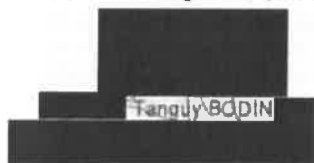
Le contrôle, sur pièces, sera réalisé à compter du 18 octobre 2024. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. La mission pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

Après réception de ces documents, leur analyse par la mission donnera lieu à l'établissement d'un rapport qui sera remis dans un délai de deux mois à compter de la réception des documents demandés. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention du contrôlé. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet le cas échéant 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'Ile-de-France et, par délégation,

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris


Tangy BODIN

Agence Régionale de Santé Ile-de-France
Délégation Départementale de Paris

13 rue du Larvillier
93200 SAINT DENIS

Pour la Maire de Paris et par délégation,

Le Directeur Adjoint des Solidarités


Jim BOSSARD

Annexe 2 : Lettre de mission modificative



Délégation Départementale de Paris
Agence Régionale de Santé Île-de-France

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

Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'Autonomie
Affaire suivie par Marielle Decalor
Courriel : [redacted]

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : Conrad Lajusticia
Courriel : [redacted]

Monsieur Martin HORLAIT
Directeur
EHPAD Tiers Temps Paris
Société Tiers Temps Paris

Saint-Denis, le 21 MAI 2025

Monsieur le Directeur,

Le 18 octobre 2024, votre établissement « EHPAD Tiers Temps Paris » (N° FINESS 750003600), situé au 24 rue Rémy Dumoncel, 75014 Paris, géré par la société Tiers Temps Paris, a fait l'objet d'un contrôle sur pièces, diligent sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants ainsi que sur le fondement des articles L.1421-1 et L.1435-7 du Code de la santé publique, mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

A cette occasion, il vous a été notifié la composition de la mission de contrôle. A la suite du départ d'un agent de la mission, nous vous informons de son remplacement par Dalhia Elenga, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, qui sera signataire du rapport de contrôle. Elle exercera pleinement les missions de l'agent remplacé dans le cadre de ce contrôle.

Ainsi, la mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

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

- Madame Dalhia ELENGA, coordinatrice de la mission de contrôle, Inspectrice de l'Action Sanitaire et sociale, Délégation départementale de Paris ;
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet inspections EHPAD, désigné personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique Délégation départementale de Paris ;

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

Paris Quai de la Râpée
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

Les dispositions prévues par la lettre de mission du 18 octobre 2024 restent inchangées. Le présent courrier sera annexé au rapport qui vous sera transmis.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de nos salutations distinguées.

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

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris

Tanguy BÉDIN

Pour la Maire de Paris et par délégation,

Delphine CAZOR

Adjointe à la sous-directrice de l'Autonomie

Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces Tiers Temps

1	Liste nominative des résidents admis à la date du contrôle avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance, leur date d'entrée, la date du dernier PAI, le bénéfice éventuel de l'aide sociale, le type de la protection juridique éventuelle (Excel)	Oui
2	Grilles de suivi des taux d'occupation et nombre de journées réalisées pour chaque activité (hébergement permanent, hébergement temporaire, PASA et UHR) pour l'année N-1 et le jour du contrôle	SO
3	Projet spécifique du PASA	SO
4	Dernier programme d'activités du PASA	SO
5	Le projet spécifique d'hébergement temporaire	SO
6	Règlement de fonctionnement	Oui
7	Plan des locaux de l'établissement	Oui
8	Projet d'établissement	Oui
9	Plan bleu	Oui
10	Organigramme	Oui
11	Diplôme du directeur de l'EHPAD	Oui
12	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD	Oui
13	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	Oui
14	Procédures et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)	Oui
15	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois	Oui
16	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	Oui
17	IDEC : Contrat de travail, Fiche de poste ou feuille de route, Diplôme d'IDE et de Cadre de santé, Inscription à l'ordre des infirmiers	Oui
18	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, bulletin de salaire	Oui
19	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS	Oui
20	Les comptes rendus des CVS N et N-1	Oui
21	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation (PACQ)	Oui
22	Dernière évaluation externe	Oui
23	Dernière évaluation interne	Oui
24	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2	Oui
25	Registre des plaintes et réclamations	Oui
26	Les trois dernières réclamations et leur traitement	Oui
27	Procédure de gestion des événements indésirables	Oui
28	Procédure de déclaration externe des dysfonctionnements graves	Oui
29	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les deux derniers EIG	Oui
30	Registre du personnel N-1 & N-2	Oui
31	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	Oui
32	Plan de développement des compétences (formation) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1	Oui
33	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)	Oui
34	Tableau du personnel des unités PASA ou UHR (excel)	SO
35	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit	Oui
36	Une fiche de tâches heurées, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AMP, AES, ASG, IDE	Oui

37	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	Oui
38	Procédure d'admission des résidents	Oui
39	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)	Oui
40	Relevé des pesées et des IMC pour chaque résident accueillis dans la structure en année N-1 (Excel)	Oui
41	Les 2 derniers CR et feuilles d'émargement de la commission de coordination gériatrique	Oui
42	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	Oui
43	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (Excel disponible sur Collecte Pro)	Oui
44	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)	Oui
45	Livret d'accueil du résident	Oui
46	Contrat de séjour d'un résident et ses annexes	Oui
47	Procédure relative aux contentions	Oui
48	RAMA	Oui
49	Convention pharmacie EHPAD	Oui
50	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	Partiel pas la liste AS habilitées
51	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	Oui
52	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	Oui
53	Le planning des intervenants paramédicaux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) : avec indication pour chaque professionnel de son identité, sa qualification, le nombre de résidents pris en charge sur le trimestre t-1	Oui

