

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
« Hospitalité Familiale »
120 Boulevard de Charonne
75020 PARIS
N° FINESS 750803603**

**RAPPORT DE CONTRÔLE
N° 2024_IDF_00029
Contrôle sur pièces du 19/07/2024**

Mission conduite par

- Madame Dalhia ELENGA, coordinatrice de la mission de contrôle, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet Secteur Personnes Agées, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Monsieur Marc LEBRET, chargé du contrôle des ESMS parisiens, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris
- Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

Textes de référence

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

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	15
Gestion de la qualité	16
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	17
Fonctions support	19
Gestion des ressources humaines	19
Prises en charge	40
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	40
Respect des droits des personnes	42
Soins	43
Relations avec l'extérieur	45
Coordination avec les autres secteurs	45
Récapitulatif des écarts et des remarques	46
Écarts	46
Remarques	47
Conclusion	49
Glossaire	51
Annexes	52
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	52
Annexe 2 : Liste des documents demandés	54

Synthèse

Données générales sur l'établissement

Nom	Hospitalité Familiale	Capacité hébergement permanent	112
Adresse	120 Boulevard de Charonne	Places habilitées aide sociale	90
Arrondissement	75020	Présence d'une UVP	14
Gestionnaire	Association COS Alexandre Glasberg	Places en UHR	14
Statut juridique	Privé non lucratif	Places en PASA	14

L'établissement a signé un CPOM en 2019

Éléments déclencheurs de la mission

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Le contrôle a été réalisé le 19 juillet 2024 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé le 5 juillet 2024.

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 :

Points positifs de l'établissement relevés par la mission

- Le taux d'occupation de l'établissement est supérieur à 95% au moment du contrôle sur pièces
- L'EHPAD dispose de la présence d'un trio direction, IDEC et médecin coordonnateur
- Le CVS de l'EHPAD est installé, se réunit au moins trois par an et propose des réunions de préparation aux résidents en amont des séances
- D'après les plannings transmis, une présence infirmière est la nuit dans l'établissement
- La procédure relative à l'admission du résident dans l'établissement est complète et prévoit une évaluation gériatrique à l'entrée dans l'EHPAD
- Au moment du contrôle, tous les résidents de l'établissement sont suivis par un médecin traitant intervenant dans l'EHPAD

Principaux écarts et remarques constatés par la mission (21 écarts et 33 remarques) :

Écarts majeurs :

- Ne pas séparer les catégories professionnelles et le statut contractuel des salariés dans le planning peut entraîner des glissements de tâches et altérer la sécurité de la prise en charge
- Selon le planning transmis, l'établissement fait fonctionner le PASA sans ASG diplômée
- Certaines fiches de tâches et la procédure de gestion des absences utilisent l'appellation « soignant » sans définir les catégories de personnels amenés à effectuer des actes de toilettes et de change auprès des résidents ce qui peut entraîner des risques de glissements de tâches
- La mission ne dispose d'aucun élément lui permettant de s'assurer du fonctionnement du système d'appel malade dans l'établissement

Écarts :

- Le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions du décret en ne faisant pas mention des cas d'Alzheimer (décret 2003-1095 du 14 novembre 2003) ainsi que des mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, et des modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues
- Le projet d'établissement soumis contrevient à l'article L.311-8 du CASF aux motifs où il n'a été ni actualisé ni signé par l'organisme gestionnaire ni soumis à la validation du CVS.

- Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation en vigueur.
- Aucune présentation au CVS des EI, EIG, dysfonctionnements et actions correctrices mises en œuvre n'est faite dans les comptes-rendus transmis
- Les documents transmis ne permettent pas de savoir si les RETEX ont été fait dans les temps et ont été transmis auprès des autorités compétentes
- Aucune formation AFGSU n'est prévue dans les plans de développement de compétences fournies alors que ces formations permettent de garantir la bonne prise en charge des résidents
- Le manque de visibilité du planning des personnels paramédicaux, du MédCo et des psychologues n'est pas de nature à permettre la sécurité des résidents
- Le planning soignant n'est pas lisible sans légende. La mission ne peut donc s'assurer de la prise en soins sécurisée des résidents
- La procédure transmise ne garantit pas que le résident participe activement à l'élaboration et la rédaction de son PAI et qu'il donne son avis sur le projet final
- Les résidents ne sont pas pesés mensuellement, contrairement à la pratique indiquée dans le RAMA de l'EHPAD, ce qui ne permet pas un suivi nutritionnel optimal et une prise en charge adaptée de la population accueillie

Remarques :

- Les astreintes sont assurées uniquement par deux personnels dans l'EHPAD et ne prévoit pas les cas d'absences simultanées des cadres d'astreinte.
- Plusieurs objectifs inscrits dans le PACQ n'ont pas été atteints dans les délais fixés par l'établissement et le plan transmis n'indique pas de nouveaux délais pour suivre ces actions.
- Dans la fiche « conduite à tenir en cas d'acte de maltraitance » datant de 2016, il n'est pas demandé de signaler aux autorités de contrôle tout acte de maltraitance
- L'établissement n'a pas formalisé une procédure spécifique pour la gestion des situations de violences ou harcèlements sexuels alors que c'est un objectif inscrit dans son plan d'amélioration continue.
- L'établissement n'a pas mis en place de système d'enregistrement permanent des réclamations et plaintes des résidents
- L'établissement n'a pas prévu de formation relative à la classification et à l'identification des différents EI et EIG.
- L'établissement n'a pas transmis de livret d'accueil du nouveau salarié ce qui ne lui donne pas les moyens de comprendre et de s'adapter aux résidents accompagnés
- Le temps de repos entre 2 plages de travail n'est pas toujours respecté.
- La plupart des fiches de tâches transmises n'ont pas été mise à jour depuis plus de 5 ans.
- Les contentions ne sont pas comptabilisées dans le RAMA.

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 et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD « COS Hospitalité Familiale », situé au 120 Boulevard de Charonne dans le 20ème arrondissement de Paris, FINESS n°750803603, 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 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

RELATION AVEC L'EXTERIEUR

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 19 juillet 2024, avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 05 juillet 2024. Un e-mail a été transmis à la direction le 05 juillet 2024, 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 :
 - o de connexion de l'inspecté à l'outil sécurisé <https://collecte-pro.gouv.fr/> qui a été utilisé pour la transmission des documents
 - o 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

Située au 120 Boulevard de Charonne dans le 20ème arrondissement de Paris, l'établissement COS « Hospitalité Familiale » est un EHPAD géré par la Fondation COS Alexandre Glasberg, située au 88-90 boulevard de Sébastopol, 75003 Paris.

L'établissement a été autorisé par un arrêté préfectoral d'août 2007 sous le nom de « Résidence Charonne » pour 62 places dont la gestion était assurée par l'œuvre de l'Hospitalité Familiale. Une extension à 112 places a été accordée par arrêté conjoint de l'ARS et de la Ville de Paris le 16 août 2010.

L'autorisation et la gestion de l'établissement ont été cédées à l'Association Centre d'Orientatation Sociale le 22 janvier 2016 par arrêté conjoint de l'ARS et de la Ville de Paris. Cet arrêté autorise également la création d'un PASA et d'une UHR de 14 places chacun dans l'EHPAD.

L'autorisation d'ouverture du PASA est confirmée par un arrêté conjoint du 20 février 2019 dans lequel l'établissement est désormais désigné comme EHPAD « Hospitalité Familiale ».

Le GMP de l'établissement s'élève à 769 et le PMP à 210 selon la coupe PATHOS réalisée le 22 juin 2017. Aussi, le GMP de l'EHPAD est légèrement au-dessus et le PMP légèrement en-dessous de la moyenne des chiffres médians régionaux¹

Les 112 résidents accueillis au moment du contrôle étaient répartis plus précisément comme suit :

GIR	Pourcentage de résidents
1	%
2	%
3	%
4	%
5	%
6	
GMP réalisé	

Plus précisément, la distribution des unités est la suivante selon le rapport d'activité de 2024 :

Étage/bâtiment	Nombre de lits
1er étage	14 UVP (et 14 places au PASA)
2e étage	28
3e étage	28
4e étage	28
5e étage	14 UHR (résidents atteints d'une maladie neurocognitive associée à des symptômes comportementaux sévères)

Le budget de fonctionnement (hors hébergement, car non communiqué par l'établissement) est de 2 946 395,36 € en 2024, 330 538 € au titre de la dépendance et 2 615 857,36 € au titre du soin.

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	Hospitalité Familiale		
Nom de l'organisme gestionnaire	Association COS Alexandre Glasberg		
Numéro FINESS géographique	750803603		
Numéro FINESS juridique	750721235		
Statut juridique	Privé à but non lucratif		
Option tarifaire	Tarif partiel		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ²	112	112
	HT ³	0	0
	UVP ⁴	14	14
	PASA ⁵	14	14
	UHR ⁶	14	14
	UPHV ⁷	0	0
	AJ ⁸	0	0
	AN ⁹	0	0
	PFR ¹⁰	0	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	90		

² Hébergement permanent

³ Hébergement temporaire

⁴ Unité de vie protégée / unité protégée

⁵ Pôle d'activité et de soins adaptés

⁶ Unité d'hébergement renforcée

⁷ Unité pour personnes âgées vieillissantes

⁸ Accueil de jour

⁹ Accueil de nuit

¹⁰ 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.

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 a une capacité de 112 lits, dont 84 en hébergement longue durée, 14 lits en unité protégée pour personnes souffrant de pathologie de type maladie d'Alzheimer et 14 lits en unité de vie renforcée pour personnes présentant des pathologies psychiques et comportementales sévères selon le règlement de fonctionnement. Au jour du contrôle, l'établissement compte 107 résidents soit un taux d'occupation de 95,4%. Le taux d'occupation est conforme aux textes en vigueur.																													
1.1.3.1	Répartition des résidents en fonction du GIR Les 112 lits de l'établissement se répartissent de la façon suivante selon le RAMA : 1^{er} étage : UVP : 14 lits (Alzheimer et troubles apparentés modérés) et PASA de 14 places ; 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} étage : 28 lits par étage soit 84 lits (EHPAD classique) ; 5^{ème} étage : UHR : 14 lits. <table><tr><th>GIR</th><th colspan="2">% de résidents</th></tr><tr><td></td><th>RAMA 2023</th><th>Jour du contrôle</th></tr><tr><td>1</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td></td><td></td></tr><tr><td>5</td><td></td><td></td></tr><tr><td>6</td><td></td><td></td></tr><tr><td>GMP réalisé</td><td></td><td></td></tr></table> Plus de % des résidents sont en GIR 1 ou en GIR 2 selon le RAMA 2023. Au jour du contrôle, plus de % des résidents sont en GIR 1 à 3 et % des résidents en GIR 1 et 2. Ces proportions sont conformes à la réglementation.	GIR	% de résidents			RAMA 2023	Jour du contrôle	1			2			3			4			5			6			GMP réalisé				
GIR	% de résidents																													
	RAMA 2023	Jour du contrôle																												
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
GMP réalisé																														

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	<u>Le règlement de fonctionnement</u> Un règlement de fonctionnement a été fourni par l'établissement. Celui-ci ne fait pas mention d'une consultation du CVS avant sa mise en place.	Écart 1 : Le règlement de fonctionnement ne mentionne pas que le CVS a été consulté avant sa mise en place (Référence article L311-7 du CASF).
1.2.1.2	<u>Le contenu du règlement de fonctionnement</u> Le règlement de fonctionnement est en partie conforme dans son contenu aux dispositions réglementaires (articles R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF) à savoir : - respect des droits des personnes prises en charge, - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - sécurité des personnes et des biens, - les affections, la dépendance des résidents, - l'organisation des soins, - les transferts et déplacements, - les délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - les règles essentielles de la vie collective notamment le respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - les sanctions pour faits de violence sur autrui, (- Temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles) bonus. Ce règlement ne fait pas mention de certaines obligations prévues par les textes susmentionnés : -mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle ou de la maladie d'Alzheimer ; -modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues.	Écart 2 : Le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions du décret en ne faisant pas mention des cas d'Alzheimer (décret 2003-1095 du 14 novembre 2003) ainsi que des mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, et des modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues (R.311-35 du CASF).
1.2.1.4	<u>Le projet d'établissement</u> Un projet d'établissement formalisé a été produit par l'établissement. Ce dernier couvre la période 2016-2021 et n'est donc pas en cours de validité. Aucun élément ne permet de vérifier si ce document a été signé ni s'il a été validé par le CVS.	Écart 3 : Le projet d'établissement soumis contrevient à l'article L.311-8 du CASF aux motifs où il n'a été ni actualisé ni signé par l'organisme gestionnaire ni soumis à la validation du CVS.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Contenu du projet d'établissement Son contenu est en partie conforme à la réglementation et présente les thèmes suivants : * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement), * Présentation des enjeux et mission, * Caractéristiques des personnes accueillies, * Nature de l'offre de service et organisation, * Management de l'EHPAD, * Projet social et logistique, * Personnalisation des PVI, * Projet général de soins incluant la prise en charge médicalemente élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, * Projet d'animation, * Perspectives d'évolution et de développement, * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs. Ce projet d'établissement ne comporte pas de volet sur la prévention de la maltraitance.		Écart 4 : Le projet d'établissement ne mentionne pas de dispositif de prévention contre la maltraitance conformément à l'article L311-8 du CASF.
1.2.1.5	Le plan bleu Un plan bleu a été transmis par l'établissement. Il a fait l'objet d'une actualisation en 2024. Ce plan contient 3 parties d'annexes concernant les protocoles de crises ainsi que les volets suivants : 1. Analyse des risques : technologiques, naturels, énergétiques, infectieux ; 2. Moyens personnels de l'établissement : organisation des locaux, équipements et matériels, annuaires du personnel, convention ES, gestion des décès ; 3. Organisation de la mobilisation : déclenchement du plan, constitution et rôle de la cellule de crise, plan de continuité des activités, évacuation, confinement, sécurisation, communication, liens avec les autorités, levée du plan bleu et retour d'expérience, mise à jour du plan et formation du personnel ; 4. Elaborer des procédures : fiches action des membres de la cellule de crise, procédures et protocoles d'urgence. - Ce plan n'évoque pas une situation de crise liée à une cyber-attaque.	Remarque 1 : Le plan bleu n'évoque pas une situation de crise liée à une cyber-attaque.
1.2.1.6		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Directeur de l'établissement et organigramme de la structure	
1.2.2.1	Une directrice est en poste dans l'établissement Un a été transmis. L'établissement a transmis un tableau Excel contenant les personnels de l'EHPAD, leur qualification, leur type de contrat et leur ETP. L'organigramme ne traduit pas les liens hiérarchiques et fonctionnels.	Remarque 2 : Le document transmis par l'établissement ne constitue par un organigramme traduisant les liens hiérarchiques et fonctionnels dans l'EHPAD.
1.2.2.6	Fiche de poste/Lettre de mission du directeur L'établissement a transmis un document intitulé « les fonctions de directeur et délégation de pouvoirs » qui expose ses domaines de compétence et les moyens à sa disposition. Ce document est daté et signé et expose les responsabilités du directeur en matière de gestion du personnel et du budget.	
1.2.2.7	Diplômes du directeur La directrice dispose de diplômes réglementaires à savoir	
1.2.2.8	Astreintes administratives Il existe un protocole des astreintes administratives de l'organisme gestionnaire qui présente notamment les situations justifiant l'appel du professionnel d'astreinte, la responsabilité et autorité de la personne d'astreinte, les modalités d'appel, la prévention et la formation des professionnels, le dossier permanent d'astreinte, le planning des astreintes hebdomadaires, le dispositif d'évaluation, le matériel et les documents nécessaires et les interlocuteurs au siège. L'établissement a également fourni un planning mensuel des astreintes d'avril à juillet 2024. Seules la directrice et l'IDEC assurent des astreintes dans l'établissement. Cela pose des questions sur le fonctionnement en cas d'absence de l'une des deux.	Remarque 3 : Les astreintes sont assurées uniquement par deux personnels dans l'EHPAD et ne prévoit pas les cas d'absences simultanées des cadres d'astreinte.
1.2.2.10	Délégation de pouvoirs La délégation de pouvoir a fait l'objet d'un écrit intitulé « Les fonctions de directeur d'établissement et délégation de pouvoirs » qui précise les modalités d'une délégation générale permanente donnée par le conseil d'administration de la Fondation COS Alexandre Glasberg, le président, la direction générale à la directrice à partir du et détaille les parties suivantes : fonctions de directeur d'établissement, mise en œuvre du projet d'établissement, fonctionnement de l'établissement, hygiène et sécurité, organisation, domaine social, domaine budgétaire et financier, moyens nécessaires pour améliorer sa compétence.	
1.2.2.12	Présence et qualifications de l'IDEC	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	L'établissement dispose d'un IDEC en contrat est signé et paraphé. Il a été transmis son inscription à l'Ordre National des Infirmiers ainsi que sa fiche de tâches.	Celui-ci
1.2.2.14	Présence et temps de travail du médecin coordonnateur Un médecin coordonnateur (ci-après « Medco ») est présent dans l'établissement en hebdomadaires soit 0,75 ETP. Le temps de présence du Medco n'est pas conforme à la réglementation inférieur à 0,8 ETP pour les établissements dont la capacité est comprise entre 100 et 199 places.	Écart 5 : Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation en vigueur (Référence : Article D312-156 du CASF)
1.2.2.15	Qualifications du médecin-coordonnateur Le Medco dispose d'un L'établissement a transmis son inscription à l'Ordre des Médecins.	

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Conseil de la Vie Sociale	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.3.3.1	L'établissement a transmis les comptes-rendus de séance et les feuilles d'émargement signées du 28 février, 4 juillet 2023 et 19 décembre 2023 ainsi que du 24 avril 2024. Le CVS s'est donc réuni trois fois en 2023. Le règlement intérieur a été présenté au CVS et approuvé le 15 décembre 2022, il est signé par la directrice de l'établissement et la présidente du CVS. Les membres des différents collèges sont précisés sur les comptes-rendus, Des élections partielles ont eu lieu pendant la séance du 28 février 2023 avec les résultats suivants : • Collège des résidents : 5 titulaires et 5 suppléants • Collège des familles : 4 titulaires et 4 suppléants • Collège des salariés : 3 titulaires et 2 suppléants • Collège des bénévoles : 1 titulaire et 1 suppléant • Collège des représentants légaux : carence Le CVS, au 28 février 2023, est donc composé de 13 membres, dont 9 sont des représentants des personnes accompagnées et de leurs familles, et 12 suppléants. Le médecin coordonnateur n'est pas indiqué dans la liste des membres élus du CVS mais il participe aux séances. Avant chaque séance, une réunion est organisée par étage avec les résidents pour échanger sur les points qui pourront être évoqués au prochain CVS. Ces réunions sont organisées 3 semaines à plus d'un mois en amont de la réunion du Conseil de la Vie Sociale. Les comptes-rendus de ces réunions ont été transmis à la mission. Les principaux sujets abordés pendant les réunions du CVS sont les suivants : • La vie institutionnelle de l'établissement et l'organisation du CVS, • La vie sociale et le programme d'animations dans l'EHPAD, • Les problèmes des locaux de l'établissement et les travaux à mettre en place, • L'état des ressources humaines de l'EHPAD, les départs, arrivées et remplacement, • La prise en charge médicale/soins et l'accompagnement des résidents : point chutes, la vaccination des résidents, la gestion des protections, • L'organisation interne de l'EHPAD : l'organisation et la distribution des repas, le changement de prestataire restauration et l'adaptation des menus, mise en place du plan bleu et activation du plan canicule, la blanchisserie et le circuit du linge, • Point d'échange avec les familles.		Remarque 4 : Les professionnels de soins ne sont pas distingués des autres professionnels dans le collège des salariés. Remarque 5 : Le médecin coordonnateur participant au CVS n'est pas indiqué comme membre titulaire du CVS

N°IGAS	Présentation des EI et dysfonctionnement en CVS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.3.3.2	L'établissement a transmis le règlement intérieur du CVS, présenté et adopté par le CVS lors de la réunion du 15 décembre 2022, qui précise qu'une « Analyse globale statistiques annuelle des événements indésirables, des événements indésirables graves et des réclamations : nombre, catégorie, répartition « clôturés » / « en cours » » est réalisée. Il est indiqué dans les comptes rendus des séances de 2023 que ce bilan sera présenté en 2024, mais il ne figure pas dans le compte-rendu de la séance du 24 avril 2024. La mission ne peut donc s'assurer de la présentation des événements indésirables (EI), événements indésirables graves (EIG), dysfonctionnements ainsi que les actions correctrices mises en œuvre au CVS.		Écart 6 : Aucune présentation au CVS des EI, EIG, dysfonctionnements et actions correctrices mises en œuvre n'est faite dans les comptes-rendus transmis ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.

Gestion de la qualité

N°IGAS	Plan d'amélioration continue de la qualité	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.4.1.7	Il existe un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) détaillé avec la date de mise à jour du document. Il est constitué des éléments suivants : - Les processus : management/pilotage, fonctions supports, prise en charge / accompagnement, - La source des actions à prendre : CPOM, audits, autoévaluation, projet d'établissement (PE), fondation / siège, inspection ARS, réglementation, rapport d'activité, analyse des pratiques, - L'instance : COPIL, CLIAS (Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins) / EOH (Equipe Opérationnelle d'Hygiène), CVS (ESSMS), CODIR, - Les objectifs de l'action - l'action à entreprendre – la priorisation - les responsables / pilotes – date de début prévue- réelle, date de fin prévue-réelle - état - les indicateurs de suivi – efficacité de l'action -commentaire. Parmi les objectifs fixés, 4 ont été programmés en 2023 pour une réalisation en 2024. Au jour du contrôle, 1 de ces objectifs a abouti dans les temps. 11 objectifs programmés pour fin juin 2024 n'ont pas été tenus.		Remarque 6 : Plusieurs objectifs inscrits dans le PACQ n'ont pas été atteints dans les délais fixés par l'établissement et le plan transmis n'indique pas de nouveaux délais pour suivre ces actions.
	L'objectif : « Réaliser PAC 2024 Mettre en place COPIL trimestriel PAC », débuté en mars 2024, n'a pas été atteint dans les délais impartis. <u>Evaluations interne et externe</u>		
1.4.2.1	L'EHPAD est engagé dans une démarche d'autoévaluation et d'évaluation externe inscrite dans le PACQ. L'autoévaluation a débuté en juin 2024 et doit être terminée en septembre 2024. Quant à l'évaluation, l'objectif est fixé pour la mi-septembre 2024.		
1.4.3.1	<u>Politique de bientraitance/lutte contre la maltraitance</u>		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'établissement a fourni un « pré-projet d'établissement » 2016-2021. Dans ce document dont la date de fin est largement dépassée, la « ...recherche de bientraitance... » est présentée comme une des valeurs de l'établissement. Il est indiqué que les actions entreprises sont portées par la politique de bientraitance menée auprès des résidents et ce : – Dans le cadre de la recherche de consentement et d'amélioration de la qualité de vie au sein de l'établissement, – Au travers des fiches de missions et de tâches et de l'évaluation régulière des pratiques soignantes par l'IDEC. Il y est aussi indiqué que l'établissement s'appuie sur les RBPP (recommandations de bonnes pratiques professionnelles) de l'ANESM. Une fiche « conduite à tenir en cas d'acte de maltraitance », obsolète également, a été fournie à la mission de contrôle. Elle date de 2016 et ne donne pas la définition de la maltraitance. Les règles générales du document posent les éléments suivants : « Peser entre deux droits fondamentaux : la présomption d'innocence et la protection d'une personne vulnérable ». Ensuite sont détaillées : – Les actions à réaliser en cas de soupçon, la « réflexion systémique » à mener, les « formations en interne ou en externe » dans ces cas-là et le « licenciement » – Les étapes à suivre en cas de maltraitance. Les plans de formation 2023 et 2024 prévoient des formations concourant à la bientraitance dans la prise en charge des résidents. Dans le plan 2024, une formation intitulée « vers une pratique bientraitante » est programmée, une sur le « bain thérapeutique » et des groupes de réflexion éthique sont organisés.	Écart 7 : Evoquer la maltraitance sans en donner la définition actualisée conformément à l'article L119-1 du CASF. Cf. circulaire DGCS relative à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance du 20 février 2014.
		Remarque 7 : Dans la fiche « conduite à tenir en cas d'acte de maltraitance » datant de 2016, il n'est pas demandé de signaler aux autorités de contrôle tout acte de maltraitance.
1.4.3.2	Procédure en cas de violence / harcèlement sexuel / en cas d'agression L'établissement n'a pas fourni une procédure spécifique abordant la conduite à tenir en cas de violence ou de harcèlement ou d'agression. Dans le PACQ, un objectif « Mettre en place procédures situations de violences ou harcèlements sexuels » a été programmé pour le 07 juillet 2024. Aucun signalement au Procureur de la République n'a été fait en 2023 et en 2024. Une attestation en ce sens, non datée, signée de la directrice, a été fournie à la mission.	Remarque 8 : L'établissement n'a pas formalisé une procédure spécifique pour la gestion des situations de violences ou harcèlements sexuels alors que c'est un objectif inscrits dans son plan d'amélioration continue.

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.5.1.1	Enregistrement, traitement et suivi des plaintes/enquêtes de satisfaction L'établissement ne fournit qu'un dispositif méthodologique pour les enquêtes de satisfaction et un exemple d'enquête de satisfaction de 2022, mais n'a pas transmis les résultats des enquêtes 2023. Il n'a pas transmis non plus de système d'enregistrement permanent des réclamations et plaintes des résidents.	Remarque 9 : L'établissement n'a pas mis en place de système d'enregistrement permanent des réclamations et plaintes des résidents. Remarque 10 : L'établissement n'a pas fourni le résultat de l'enquêtes de satisfaction 2023.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Déclaration des EI/EIG L'établissement a transmis un document intitulé « Procédure de gestion des événements indésirables » qui définit le processus de signalement, de gestion et d'analyses des événements indésirables avec ou sans gravité et apporte les précisions suivantes : -Définitions des EI et EIG ; -Les catégories d'événements à signaler aux autorités de contrôle (ARS / CD / Préfecture) ; -Une description schématique et détaillée du processus : constater, protéger, alerter, caractériser l'événement, déclarer, valider et transmettre le signalement, traiter l'événement, l'analyser, informer et communiquer, évaluer et dresser un bilan. Il est indiqué comment déclarer un EI « <i>via le logiciel adapté</i> ». Il est indiqué que sur ce logiciel la déclaration peut être anonymisée, pas dans le logiciel de soins de l'établissement. Il n'est pas précisé dans la procédure que le signalement d'un EI permet de corriger et d'améliorer ses pratiques. La mission n'a pas connaissance de modalités de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement des résidents. Il n'y a pas, dans le plan de développement des compétences, une formation relative à la classification et à l'identification des différents EI et EIG. Il est prévu une formation intitulée « Prévenir et gérer les situations agressives et conflictuelles ». Analyses et suivi des EI/EIG Dans la procédure de gestion des événements indésirables précitée, il est précisé que le CODIR et/ou la COPIL évalue l'efficacité des actions correctrices et préventives concernant l'événement et que si les actions ne sont pas évaluées comme étant efficaces, une analyse doit être effectuée à nouveau. Il est également précisé que, dès lors que les actions sont décidées lors de l'analyse de l'événement, la FEI est considérée comme étant clôturée. Ces actions ou mesures correctrices ou préventives ne sont pas incluses dans le plan d'amélioration continue.	Remarque 11 : L'établissement n'a pas prévu de formation relative à la classification et à l'identification des différents EI et EIG. Remarque 12 : Il n'y a pas de charte d'incitation à la déclaration des EI en annexe de la procédure de déclaration des EI
1.5.1.3		
1.5.1.5		Remarque 13 : Les actions ou mesures correctrices ou préventives ne sont pas incluses dans le plan d'amélioration continue.
1.5.1.6	Signalements et transmission des RETEX D'après le tableau de suivi des EIG 2023, le signalement des faits a été effectué auprès des autorités administratives. Ce tableau ne permet pas de pouvoir vérifier systématiquement si des RETEX ont été effectués dans les 3 mois, ni si ces derniers ont fait l'objet d'une transmission auprès des autorités compétentes.	Écart 8 : Les documents transmis ne permettent pas de savoir si les RETEX des EIG ont été fait dans les temps et ont été transmis auprès des autorités compétentes, ce qui contrevient aux dispositions des articles R.1413-67 à 70 CSP.

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS

Observations ou commentaires

Constat E/R

Effectifs

La composition de l'équipe pluridisciplinaire recensée dans les documents fournis est conforme à la réglementation : médecin coordonnateur, IDE, AS,... La Mission s'est intéressée dans un 1er temps aux salariés en CDI. Pour cela une étude des effectifs en poste à partir d'un tableau « CPOM -Personnel_HF de 2019 », de l'organigramme, du RUP 2023 et du tableau des effectifs réels à la fin du 1er semestre 2024 est réalisée. Dans un 2ème temps, la Mission a étudié le profil des professionnels en CDD.

• Les ETP en CDI

Ci-contre le tableau de synthèse des ETP en CDI :

Les données sur les ETP sont difficiles à exploiter dans le RUP et dans le tableau de fin du 1er semestre 2024 car elles sont réalisées à partir du temps de travail effectué et non du contrat de travail signé. Il n'est pas possible de dire si un professionnel arrivé dans l'année est à temps plein ou à temps partiel.

L'organigramme n'est pas daté. Il n'y a pas de relation hiérarchique dans ce document.

Deux professionnels en CDI sur le planning figurent dans le RUP 2023, mais ne sont pas inscrits dans le tableau à la fin du 1er semestre 2024.

La synthèse des ETP montre une différence des ETP entre l'organigramme, le RUP 2023 et les données émises à la fin du 1er semestre 2024 par rapport aux moyens alloués notamment :

– Pour les ETP AS-AMP-AVS : ETP entre les ETP du CPOM 2019 et les ETP à la fin du 1er semestre 2024.

– Pour les agents des services logistiques : ETP entre les ETP du CPOM 2019 et les ETP à la fin du 1er semestre 2024. La Mission n'ayant pas de fiche de poste pour les agents du service logistique dont le métier est cité

	Qualifications professionnelles	ETP CPOM 2019	ETP organigramme	ETP RUP 2023	ETP réels Fin 1er semestre 2024
	Psychologues ergo /psychomotriciens	Psychologue			
		Ergothérapeute			
		Psychomotricien(ne)			
	IDE				
	ASG	Aide soignant -			
		Aide médico psychologique -ASG			
		Accompagnant Educatif et Social - ASG			
		Accompagnant Educatif et Social - ASG			
	AS				
	AMP				
	AES				
	AVS				
	Agent service logistique				
	Agent entretien/ Maintenance				
	Total				

Remarque 14 : Le tableau des effectifs de fin du premier semestre 2024 n'est pas à jour.

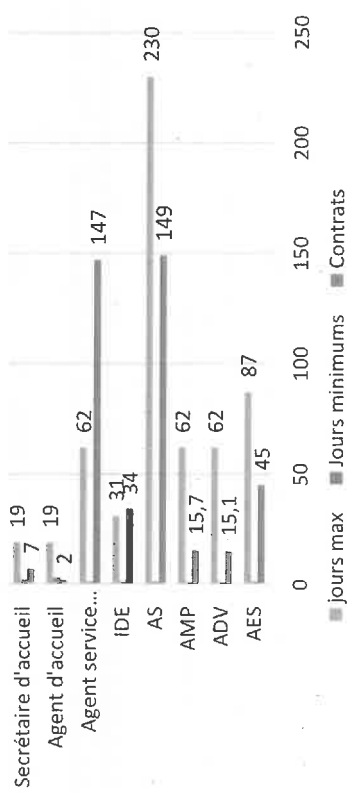
N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	dans l'organigramme pour 9 /18 professionnels (lingerie- plonge- parties communes) avec « & » devant 2 fonctions occupées, elle considère que ces fonctions ne sont pas exercées au chevet du résident. La Mission n'a pas trouvé d'éléments prouvant que les AMP et les AES identifiés ASG dans l'organigramme sont diplômés. Seulement 3 AS sont ASG dans le tableau du 1er semestre 2024. Aucune indication n'est notée dans le RUP 2023. - o <u>Point sur les CDI dans le RUP 2023 au 31/12/2023</u> Le dossier RUP est composé de 2 onglets : un « RUP » et un « ETP contractuels 23 ». Dans le 1er, les critères indiqués sont conformes à la réglementation : nom, prénom, nationalité, date de naissance, date de début de contrat, date de fin de contrat... Les ETP indiqués sont % . Dans le 2nd onglet, nommé « ETP contractuels », des CDI sont également enregistrés. Les ETP correspondent davantage à la quotité de travail réelle. La Mission prend en compte les CDI en poste au 31 décembre 2023 dans le RUP : - salariés dont femmes et hommes représentant 74,1 ETP. Durant l'année professionnels ont quitté l'établissement auxiliaires de vie citées dans « Emploi » sont retrouvées dans la « qualification professionnelle » comme « agents des services logistiques ». Le médecin coordonnateur est médecin traitant dans « Emploi » et médeco dans « qualification professionnelle ». - <u>L'âge des salariés en CDI</u> La moyenne d'âge des personnes en poste au 31/12/23 est de La tranche d'âge la plus représentée dans l'établissement est celle La moins représentée est celle L'histogramme montre que Ci-dessous le diagramme des	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	D'après le document « <i>Tableau_suivi_effectifs_previsionnels-reels-à_pouvoir-ETP</i> » il est noté le départ d'une IDE au 1^{er} semestre 2024. - <u>L'ancienneté des salariés en CDI</u> ci-dessous l'étude de l'ancienneté La Mission propose dans le tableau	Remarque 15 : Le temps de travail est différent d'un onglet à l'autre du RUP. Remarque 16 : Le titre des onglets du RUP ne correspond pas aux éléments trouvés dans l'onglet. Remarque 17 : La qualification professionnelle n'est pas inscrite dans l'onglet « métier » du RUP alors que celle-ci est au cœur de la fonction exercée.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Sur les [] présents au 31 décembre 2023, [] sont là depuis 2016, date de réouverture de l'EHPAD après réhabilitation des locaux. - <u>Calcul des effectifs soignants</u> La Mission utilise les formules suivantes pour calculer les effectifs soignants en place à partir du GMP et du PMP de l'EHPAD. - GMP validé en 2017 = 769 - PMP validé en 2017 = 210 <i>Evaluation quantitative des effectifs soignants présents (critères CPOM) : nb d'ETP rémunérés correspond aux besoins (basée sur formule utilisée dans les CPOM pour déterminer le financement)</i> $\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{GMP établissement validé})}{\text{nb d'ETP (AS + AES)}} = R_{GMP}$ Si $R_{GMP} > 3200 \Rightarrow$ nb ETP ASAES est insuffisant $\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{PMP établissement validé})}{\text{nb d'ETP IDE}} = R_{PMF}$ Si $R_{PMF} > 4300 \Rightarrow$ nb ETP IDE est insuffisant	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R																
	L'établissement est correctement doté en personnel soignant AS-AES et IDE. Les chiffres repris pour le calcul sont ceux de la fin du 1^{er} semestre 2024 Le RGMP est inférieur à 3200 ($112 \times 769 / 27 = 3189,92$) Le RPMP est inférieur à 4300 ($112 \times 210 / 8 = 2940$) • CDD en 2023 L'établissement a eu recours à personnes pour effectuer CDD en 2023. Il est impossible de savoir si ces CDD ont effectué des missions sur des postes vacants ou sur des remplacements de personnels absents. – La moyenne d'âge des professionnels est égale à – La moyenne de la durée des contrats est égale à Pourcentage des contrats par emploi <table><thead><tr><th>Catégorie</th><th>Pourcentage</th></tr></thead><tbody><tr><td>AES</td><td>32%</td></tr><tr><td>ADV</td><td>32%</td></tr><tr><td>IDE</td><td>7%</td></tr><tr><td>AMP</td><td>11%</td></tr><tr><td>Agent logistique</td><td>6%</td></tr><tr><td>agent d'accueil</td><td>2%</td></tr><tr><td>secrétaire d'accueil</td><td>0%</td></tr></tbody></table> Dans le tableau ci-dessus, la Mission constate que les contrats les plus signés hors du champ des soins sont ceux des services logistiques. Les moins signés sont ceux des agents d'accueil. En ce qui concerne les personnels au chevet, il y a davantage de contrats AS (32%) que de contrats AES-ADV et AMP réunis (27%) Ci-dessous, le nombre de contrats, de jours minimum et maximum par catégorie professionnelle :	Catégorie	Pourcentage	AES	32%	ADV	32%	IDE	7%	AMP	11%	Agent logistique	6%	agent d'accueil	2%	secrétaire d'accueil	0%	
Catégorie	Pourcentage																	
AES	32%																	
ADV	32%																	
IDE	7%																	
AMP	11%																	
Agent logistique	6%																	
agent d'accueil	2%																	
secrétaire d'accueil	0%																	

Nombre de contrats- de jours minimum et maximum par catégorie professionnelle



Les jours minimum allant de 1 à 3 jours, il n'est pas possible d'ajouter le chiffre sur les données de l'histogramme. Dans la catégorie des agents des services logistiques et des AS, un nombre équivalent de contrats a été signé en 2023 (147 et 149). Cependant, le nombre de jours contractualisés est de 230 jours pour le plus long contrat chez les AS contre 62 jours pour des agents des services logistiques.

Remarque 18 : L'établissement ne suit pas la validité et le renouvellement des cartes de séjour lors de la signature de contrat

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.3	<u>L'absentéisme</u> En 2023, sur la base des données de 2022 : • L'absentéisme est égal à 15,49% (médiane départementale : 10,32% / régionale : 11,76% / nationale : 12,1%) • La rotation des personnels : 19,19% (médiane départementale 14,91% / régionale : 15% / nationale : 15%) En 2024, sur la base des données de 2023 : • L'absentéisme est égal à 13,33% (médiane départementale : 8,31% / régionale : 9,82% / nationale : 10,74%) • La rotation des personnels : 12,76% (médiane départementale 13,28% / régionale : 14,13% / nationale : 15%) Ces chiffres montrent un taux d'absentéisme important en 2022 et 2023. Le chiffre 2023 suit la diminution des médianes départementales et nationales en 2023. La rotation des personnels est nettement inférieure en 2024 par rapport à 2023. Là où elle était nettement supérieure aux médianes départementales et nationales en 2023, la courbe s'inverse et montre une rotation moins importante des personnels. <u>Le recrutement par intérim</u> La Mission n'a aucun élément sur l'embauche de personnels intérimaires <u>Le plan de développement des compétences</u> L'établissement a transmis le plan de développement des compétences réalisé de 2023 ainsi que le plan prévisionnel pour l'année 2024. Les formations assurées en 2023 sont les suivantes : • « Groupe de réflexion éthique » : deux journées de formations où ont participé • « Gestes et postures, la manutention des résidents en établissement pour les soignants » : une journée de formation pour un IDE, trois AS et deux AVS, • « Gestes et postures pour les professionnels non-soignants des établissements » : une journée de formation pour trois ASH, un serveur, un personnel de logistique et « divers », • « Le refus de soins : comprendre, intervenir, accompagner » : une journée de formation pour quatre AS et une AVS,	
2.1.1.6	<u>Le plan de développement des compétences</u> L'établissement a transmis le plan de développement des compétences réalisé de 2023 ainsi que le plan prévisionnel pour l'année 2024. Les formations assurées en 2023 sont les suivantes : • « Groupe de réflexion éthique » : deux journées de formations où ont participé • « Gestes et postures, la manutention des résidents en établissement pour les soignants » : une journée de formation pour un IDE, trois AS et deux AVS, • « Gestes et postures pour les professionnels non-soignants des établissements » : une journée de formation pour trois ASH, un serveur, un personnel de logistique et « divers », • « Le refus de soins : comprendre, intervenir, accompagner » : une journée de formation pour quatre AS et une AVS,	Écart 9 : Aucune formation AFGSU n'est prévue dans les plans de développement de compétences fournies alors que ces formations permettent de garantir la bonne prise en charge des résidents (Référence : Article L311-3, 1° du CASF).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	« Déploiement Netsoins » : formations de juillet à octobre pour tous les professionnels hors ASH, « Animer les temps repas du résident » : deux journées de formations pour deux AS, une AVS, l'animateur, 2 ASH, le psychologue, un personnel d'encadrement, trois serveurs, un IDEC, le responsable hôtelier, « Manager ses équipes et assurer continuité en contexte de travail dégradé » : une journée de formation pour la directrice, « Prévention et secours civiques de niveau 1 » : deux formations d'une journée pour un AS, une AVS, un animateur, un administratif, deux ASH, le psychologue, un auxiliaire médical, un personnel d'encadrement et un serveur, « Assistant de soins en Gérontologie » : trois sessions de 20 jours de formations pour un AES PASA, deux AES UHR, trois AS UHR et un AS UVP « Simulateur du Vieillessement : Simuler le vieillissement pour accompagner la personne âgée avec bienveillance » : deux formations d'une journée pour six AS, un ASG et une AVS, « Humaniser les soins » : deux jours de formations, « Le toucher-massage comme alternative non médicamenteuse à la prise en charge de la douleur » : deux jours de formation, « L'art-thérapie, une médiation artistique thérapeutique » : trois jours de formations, « Intégrer des animations flash dans les temps clés du quotidien pour faire face aux troubles comportementaux » : deux jours de formation, « Les soins corporels et d'hygiène (plus spécifiquement pieds/mains) » : deux jours de formations, « Restaurer son bien-être et sa vitalité par des techniques de relaxation » : deux jours de formation, « Trouble de la déglutition » : un jour de formation. Les formations sont accessibles pour toutes les catégories notamment l'équipe de direction, les personnels soignants ainsi que le personnel hôtelier. La mission note cependant l'absence de formations portant sur l'identification et la déclaration des événements indésirables, cf. Remarque 11. Pour les formations prévues en 2024, le programme contient : « Prévention et secours civiques de niveau 1 » : un jour de formation pour douze personnels, « Gestes et postures, la manutention des résidents en établissement pour les soignants » : un jour de formation pour 36 personnels, « Faire face à l'agressivité et à la violence dans sa pratique professionnelle en EHPAD » : formation sur deux jours pour douze personnels, « Groupe de réflexion éthique » : deux éditions d'une demi-journée de formation pour dix personnels, « La Méthode Montessori adaptée aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs » : formations sur trois jours pour douze personnels, « Espace Multisensoriel type Snoezelen » : formation sur deux jours pour six personnels, « Aromathérapie en EHPAD » : formation sur deux jours pour douze personnels, « Le Bain thérapeutique : un médiateur corporel et sensoriel vecteur de bien-être » : formation sur deux jours pour six personnels, « Vers une pratique bienveillante » : un jour de formation pour dix personnels, « Simulateur du Vieillessement : Simuler le vieillissement pour accompagner la personne âgée avec bienveillance » : un jour de formation pour 4 personnels, « Les soins corporels et d'hygiène (plus spécifiquement pieds/mains) » : formation sur deux jours pour six personnels, « Prévenir et prendre en charge les troubles de la déglutition » : formation sur deux jours pour douze personnels, « Sexualité et vie affective de la personne âgée » : formation sur deux jours pour douze personnels, « Prévenir et prendre en charge les chutes de la personne âgée » : un jour de formation pour douze personnels,	Remarque 19 : Les plans de développement des compétences transmis ne contiennent pas de formation sur le repérage de la maltraitance.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	« Douleur physique et psychique des personnes atteintes de maladies neurocognitives : repérer, évaluer, soulager » : formation sur deux jours pour six personnels, « L'accompagnement en soins palliatifs des familles » : formation sur trois jours pour dix personnels, « Améliorer les transmissions ciblées » : deux éditions de la formation d'une journée pour 42 personnels, « Mener des entretiens d'activité et les entretiens professionnels » : formation sur deux jours pour la responsable hôtellerie, « EPRI/ERRD » : un jour de formation pour la directrice et la responsable comptable, « Développer une communication bienveillante positive et constructive » : formations sur deux jours pour neuf personnels, « Sécuriser le circuit du médicament » : un jour de formation pour trois personnels, « Améliorer la relation aux familles » : formation sur deux jours pour dix personnels. Pour le programme 2024, la mission note le grand nombre de formations axées sur la prise en charge de la personne âgée ainsi que sur la bientraitance, toutefois, aucune formation n'est organisée sur le domaine de l'identification et la déclaration des événements indésirables cf. Remarque 11, ainsi que les formations « incendie » et AFGSU.	
2.1.2.5	Le livret d'accueil L'établissement n'a pas fourni de livret d'accueil du salarié. Il a fourni à la mission une « procédure d'accueil d'un nouveau professionnel » en date « du 24 juillet 2024 » qui présente les objectifs de la procédure et la description des différentes étapes de l'accueil : – L'entretien de recrutement, – La confirmation de l'embauche, – La préparation de l'accueil : qui l'accueille, la remise des codes d'accès à la résidence, l'ouverture de ses droits informatiques et l'information du personnel en place sur l'arrivée d'un nouveau collaborateur. L'accompagnement le jour de l'arrivée et les suivants : aux vestiaires pour la remise de sa tenue et les EPI (équipements de protection individuels), la présentation aux collègues, le travail en double (sans précision de durée) puis la signature du contrat de travail, la formation incendie programmée – Une évaluation et son parcours professionnel : suivi de l'intégration par le chef de service pendant la période d'essai et évaluation des besoins en formation. Il n'y est pas fait référence à : – L'organisation de l'établissement, les axes du PE, – La politique qualité-gestion des risques avec des rappels sur la prévention de la maltraitance, le signalement d'un événement indésirable, l'identivigilance, – L'organisation du travail et des différents intervenants dans les services.	Remarque 20 : L'établissement n'a pas transmis de livret d'accueil du nouveau salarié ce qui ne lui donne pas les moyens de comprendre et de s'adapter aux résidents accompagnés comme le recommande la HAS dans « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1) Remarque 21 : La procédure d'accueil du salarié ne contient pas d'éléments sur l'organisation de l'établissement et des services, la politique qualité, la déclaration des EI et les vigilances
2.1.4.5	Les plannings L'établissement a fourni à la mission : - o Les plannings prévisionnels et réels des ASH de mai-juin-juillet et août 2023, - o Les plannings des services annexes, - o Les plannings des services de soins.	Remarque 22 : Les codes horaires des soignants ne sont pas légendés sur le planning/

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Les plannings ASH et des services annexes ont un code couleur expliqué, différent l'un de l'autre pour indiquer les horaires, les temps de pause et les congés. Aucun code couleur n'est expliqué dans le planning soignant. Dans les plannings ASH et soignants, le statut contractuel des salariés n'est pas indiqué. Il est compris par la présence ponctuelle de certains professionnels indiquée sur le planning. • Plannings ASH ○ <u>Architecture du planning et présence</u> Le planning des ASH est constitué de 3 pavés comprenant un total de 18 salariés : ○ Pavé 1 « Les serveurs » : 4 inscrits => 3 salariés par jour 7 jours /7 ○ Pavé 2 « La logistique » : 4 inscrits => concerne les 3 ASH à la plonge (1), à la lingerie (1), aux parties communes (1) en semaine et 2 le WE (lingerie et plonge). Ils sont parfois affectés aux services d'hébergement (pavé 3). ○ Pavé 3 : 10 inscrits => 7 à 8 professionnels en semaines et 5 le week-end occupent ces postes d'ASH dans les étages. En fonction des besoins ils passent d'une activité à l'autre et d'un service à l'autre. ○ <u>Légendes du planning et organisation</u> Dans le planning ASH, le lieu d'exercice du professionnel est indiqué : « L » pour lingerie, « PL » pour la plonge ou « PC » pour parties communes et « J1 » à « J5 » pour les services d'hébergement. La Mission a constaté des codes inscrits dans les plannings non décrits dans les tableaux des légendes :	Remarque 23 : Le statut contractuel des salariés n'est pas indiqué dans tous les plannings. Remarque 24 : L'écriture du planning n'est pas en adéquation avec les légendes.	

Le tableau ci-dessous récapitule les absences « ASH » pour les mois de mai à août 2024 :

Étages	Mai	Juin	Juillet	Prévisionnel d'août
1 ^{er}				
2 ^{ème}	2	1	2	4
3 ^{ème}	2	2	2	6
4 ^{ème}	3	2	4	7
5 ^{ème}				

- **Les plannings des services annexes**

Le planning des services annexes concerne les personnels administratifs, les psychologues, les animateurs, l'ouvrier d'entretien, les rééducateurs, l'IDEC et le médecin coordonnateur. Ce mélange des catégories professionnelles n'est pas cohérent avec les activités des uns et des autres et ne permet pas une visibilité immédiate de la présence des acteurs de la prise en soins placés entre les animateurs et la directrice.

Dans le planning à côté de la fonction, est indiqué le statut contractuel du salarié : CDI ou CDD. Les lignes des CDD sont blanches.

- Les légendes du planning

Pour expliquer le planning des services annexes, un tableau des légendes est apposé sous le planning :

Il manque dans ce tableau des éléments trouvés dans le planning :

- Un surlignage jaune dont la Mission ignore le sens,
- Un « cad » pour l'IDEC et le technicien administratif,
- Une psychomotricienne en qui intervient en août
- semaines de juillet puis les cases séparées en 2 fin juillet dernière semaine d'août),
- Des « RHC » sur le samedi et « RH » sur le dimanche. Il ne s'agit pas ici de repos compensateur mais seulement de repos hebdomadaire,
- Pour la psychologue à mi-temps, des RH sont mis avant et après les RH du week-end,
- « FC » sur la ligne de la directrice non expliqué dans la légende.

Remarque 26 : Il n'existe pas de code pour les temps partiels sur les plannings transmis

Écart 10 : Le manque de visibilité du planning des personnels paramédicaux, du MédCo et des psychologues n'est pas de nature à permettre la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3, 1° et 3° du CASF

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Ci-dessous, un extrait de planning d'août qui reprend les propos précédemment cités :	La plage horaire des salariés de ce planning va de 08H00 pour les « c » à 18h45 (départ du médecin une fois par semaine). Aucun salarié ne commence à 0800 sur ce planning. Les psychologues, les éducateurs et la plupart des personnels administratifs commencent à 09H00 ou 09H30 et finissent à 17H30. Les « cad » (IDEC et la responsable administrative) bénéficient de RTT ainsi que l'employée d'accueil de et de communication. Le jour du contrôle sont indiqués présents : ○ Au niveau administratif : la secrétaire d'accueil, l'agent d'accueil, le technicien administratif, ○ L'ouvrier d'entretien, ○ Le responsable hôtelier, ○ 1 animateur, ○ La psychologue à temps plein, ○ Les 2 psychomotriciennes, ○ Le médecin coordonnateur, ○ L'IDEC. Au cours du mois de juillet, au total sont enregistrés dans le planning salariés sont en congés annuels. En août : ○ Il y a en permanence au moins une personne à l'accueil, ○ L'ouvrier d'entretien n'est pas remplacé, ○ L'IDEC est en congés Le médecin co est présent, avec une psychologue, une psychomotricienne,	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R																																								
	o Les 3 premières semaines, il n'y a qu'un animateur. Le samedi, il n'y aura pas d'animateur comme habituellement. Le total des effectifs journaliers est indiqué sur les trames des plannings avec l'effectif au complet. Il ne se fait pas automatiquement. En mai, il n'existe pas sur le planning. En juillet et en août, des lignes ont été ajoutées sous le planning indiquant les présents - les absents et le pourcentage de présents sans indication du seuil limite à ne pas dépasser. Ci-dessous, un extrait des présences en juillet et en août. Sur le planning prévisionnel d'août, le taux de présents est égal à 100% alors que les congés sont déjà inscrits sur le planning. <table><tr><th colspan="4">Juillet</th></tr><tr><td>Présents</td><td></td><td>10</td><td>13</td></tr><tr><td>Absents</td><td></td><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td>Pourcentage de présents</td><td></td><td>100%</td><td>93%</td></tr></table> <table><tr><th colspan="4">Août</th></tr><tr><td></td><td>01</td><td>02</td><td></td></tr><tr><td>Présents</td><td>12</td><td>14</td><td></td></tr><tr><td>Absents</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr><tr><td>Pourcentage de présents</td><td>100%</td><td>100%</td><td></td></tr><tr><td>Réel prévu (ajouté par la mission)</td><td>10</td><td>10</td><td></td></tr></table> • Les plannings soignants La Mission a demandé les plannings de juin, juillet et août 2024. Dans le fichier reçu, il manque le mois de juin. Dans l'onglet « juin », le mois n'est pas indiqué sur le planning. Il s'agit d'une copie du planning de juillet. o <u>Architecture et présence</u> Le planning est composé de 8 pavés avec les qualifications professionnelles indiquées à gauche de chaque pavé : 6 IDE de jour : 2 équipes de 3 1 IDE de nuit : Carence de nom sur la contre équipe 8 soignants AS- AMP-AVS de nuit : 2 équipes de 4 16 AS- AMP-AES de jour : 2 équipes de 8 10 AVS de jour : 1 équipe de 6 et 1 équipe de 4 4 ASG en UHR : 1 équipe de 3 personnes + 1 personne, renforcées par 2 inscrits dans le pavé UHR AS/AMP 1 pavé PASA ASG : 2 inscrites. 1 seule en fonction Au total, 50 soignants sur 5 étages prennent en soin les résidents. La légende des étages n'étant pas fournie, la Mission émet l'hypothèse que les étages sont représentés par ordre de présentation dans chaque pavé : 1^{er} étage UVP : beige 1^{er} étage PASA : rose 2^{ème} étage : Rouge	Juillet				Présents		10	13	Absents		0	1	Pourcentage de présents		100%	93%	Août					01	02		Présents	12	14		Absents	0	0		Pourcentage de présents	100%	100%		Réel prévu (ajouté par la mission)	10	10		Remarque 27 : Le calcul des présents n'est pas automatique d'où un chiffre erroné des effectifs Remarque 28 : Le planning de juin des soignants n'a pas été adressé à la mission
Juillet																																										
Présents		10	13																																							
Absents		0	1																																							
Pourcentage de présents		100%	93%																																							
Août																																										
	01	02																																								
Présents	12	14																																								
Absents	0	0																																								
Pourcentage de présents	100%	100%																																								
Réel prévu (ajouté par la mission)	10	10																																								

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3^{ème} étage : bleu 4^{ème} étage : orange 5^{ème} étage UHR : vert		
	A partir des éléments cités, la Mission vérifie, dans le tableau des effectifs de la fin du 1^{er} semestre 2024, que les qualifications professionnelles des soignants par étage correspondent aux besoins qualitatifs de la prise en soin des résidents. Compétences professionnelles par étage de jour et de nuit :	Écart 11 : Ne pas séparer les catégories professionnelles et le statut contractuel des salariés dans le planning peut entraîner des glissements de tâches et altérer la sécurité de la prise en charge ce qui contrevient à l'article L.311-3, 1° et 3° du CASF
	De jour, 10 AS sur les plannings et 10 AES, des professionnels issus des services logistiques sans qualification et certaines qualifications non identifiées ne permettent pas de prendre en soins les résidents en toute sécurité. La Mission ne retrouve sur les plannings que 2 ASG en UHR et 1 en UVP. Avec seulement 2 ASG et des services très spécifiques comme l'UVP, le PASA et l'UHR, le nombre de soignants qualifiés identifiés est trop insuffisant pour prendre en charge en toute sécurité et en qualité les résidents. Sous chaque pavé, un chiffre est enregistré. Il semble correspondre au nombre de professionnels nécessaires pour assurer les soins et la sécurité des résidents.	
	○ Légendes horaires	
	Il n'y a pas de légende sur le planning des soignants. Comme évoqué précédemment, la Mission a émis des hypothèses sur les étages en suivant une logique de couleur. Les sigles J1-J2-J3 ne sont pas expliqués. Il peut s'agir d'un code horaire trouvé dans les « fiches de postes ehpad classique » pour le jour. L'équipe de nuit ayant le même horaire, les professionnels sont toujours affectés au même étage.	
	Il n'y a aucune indication du statut contractuel des CDD sur le planning. La comparaison des noms dans le tableau de la fin du 1^{er} semestre 2024 et les données du planning de juillet montre qu'il y aurait : - AS ou AES de jour sur le mois entier et 1 de nuit. - IDE de jour et 1 de nuit. - ponctuels.	
	Les équipes travaillent en 12 heures selon le rythme suivant : ○ 2] de travail - 2] de repos- 3] de travail - 2] de repos- 2] de travail - 3] de repos	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Au vu du planning soignant au 5 juillet 2024, sans légende couleur, la mission ne peut pas compter le nombre de soignants présents. Les totaux par pavé sont non modifiables. La Mission émet l'hypothèse qu'ils correspondent au nombre de professionnels attendus et non au réel. Des lignes entières de planning sont surlignées en marron, d'autres en bleu sans explications telles que « CA » pour congés annuels ou « MAL » pour maladie... L'interprétation de ce planning n'est qu'hypothèse de la Mission aussi bien au niveau de l'identification des étages, des compétences, des repos et du statut contractuel des professionnels. Il est difficilement exploitable pour une personne étrangère à l'EHPAD, comme par une personne en CDD.	Remarque 29 : Le temps de repos entre 2 plages de travail n'est pas toujours respecté.
2.1.4.2	Les fiches de tâches heureées L'établissement a transmis les fiches de missions des IDE, AS, AVS et AMP ainsi que plusieurs fiches de tâches heureées. -Pour les IDE : • Deux fiches de tâches IDE de nuit (20h15/7h15) • IDE J1 distribuant les traitements aux 1^{er} et 2^{ème} étage (7h-19h). • IDE J5 distribuant les traitements aux 4^{ème} et 5^{ème} étage (8h-20h) • IDE J4 distribuant les traitements au 3^{ème} étage (9h-21h) Les trois IDE intervenant en journée partagent plusieurs tâches : la distribution et l'administration des traitements à leurs étages respectifs, l'installation des collyres et la surveillances des constantes, la transmission écrite et la validation sur le logiciel de soin (après la distribution des traitements du matin et du soir ainsi que l'après-midi), la réfection des pansements et la gestion des urgences courantes, la distribution des traitements du midi à leurs étages respectifs, la transmission pluridisciplinaire de 14h, les soins et surveillances post-transmissions, le nettoyage des chariots de traitement et de soins les samedis, répondre aux familles si sollicitation et la gestion administrative du suivi des résidents (« ordonnance, rdv, appel médecin, ... »). Pour les tâches exclusives : L'IDE J1 assure les transmissions avec l'IDE de nuit, relève la température du réfrigérateur le lundi matin et assure la prise des glycémies et la distribution d'insuline pour tout l'EHPAD dans la soirée. L'IDE J5 assure la vérification des soins cutanés des résidents le matin et la gestion des « urgences courantes » l'après-midi. L'IDE J4 surveille les repas du midi et du soir qui ont lieu au rez-de-chaussée, gère-les « divers soins du soir (injections ATC, perfusions sous-cutanées, ...) » et assure les transmissions avec l'IDE de nuit. -Pour les AS : • Une fiche de mission de l'organisme gestionnaire a été transmise, celle-ci contient les missions et activités principales en lien avec la fonction d'AS notamment : la participation aux soins et l'accompagnement des résidents dans leur vie quotidienne, la communication et l'écoute, assurer l'hygiène de l'environnement du résident et du matériel, la surveillance et l'information, la collaboration au développement de l'animation et de la vie sociale, le développement des compétences. • Aucune fiche de tâche spécifique aux AS n'a été transmise. -Pour les AMP :	Écart 14 : Certaines fiches de tâches adressées aux « soignants » ne définissent pas les personnels amenés à effectuer des actes de toilettes et de change auprès des résidents ce qui peut entraîner des risques de glissements de tâches. (Référence : Article 311-3, 1° et 3° du CASF). Remarque 30 : La plupart des fiches de tâches transmises n'ont pas été mise à jour depuis plus de 5 ans.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	• Une fiche de mission de l'organisme gestionnaire a été transmise, celle-ci contient les missions et activités principales en lien avec la fonction d'AMP, notamment : la participation aux soins et l'accompagnement du résident dans leur vie quotidienne, la communication et l'écoute, assurer l'hygiène de l'environnement du résident et du matériel, la surveillance et l'information, la collaboration au développement de l'animation et de la vie sociale, le développement des compétences. • Aucune fiche de tâche spécifique aux AMP n'a été transmise -Pour les AVS : • Une fiche de mission de l'organisme gestionnaire a été transmise, celle-ci contient les missions et activités principales en lien avec la fonction d'AVS, notamment : la participation aux soins et l'accompagnement du résident dans leur vie quotidienne, la communication et l'écoute, assurer l'hygiène de l'environnement du résident et du matériel, la surveillance et l'information, la collaboration au développement de l'animation et de la vie sociale, le développement des compétences. • Aucune fiche de tâche spécifique aux AVS n'a été transmise. Ces trois qualifications professionnelles sont regroupées sous le terme « soignant », trois fiches de tâches ont été transmises : • Une fiche de tâches « J1 EHPAD classique » (7h-19h) • Une fiche de tâches « J2 EHPAD classique » (8h-20h15) • Une fiche de tâches « J3 EHPAD classique » (9h-21h) Le soignant « J1 » effectue les tâches suivantes : la transmission orale avec l'IDE de nuit, la préparation du chariot de linges propres et de celui de linges sales de l'étage, le réveil et l'aide à l'installation des résidents pour le petit-déjeuner, il aide à la distribution et au repas en fonction des besoins et du régime du résident, il remplit les fiches de suivi d'hydratation et alimentation si nécessaire, il effectue les toilettes des résidents en traçant les soins sur le logiciel de l'EHPAD, il assure l'accompagnement aux salles à manger et l'aide au repas. Dans l'après-midi, il assure les transmissions pluridisciplinaires, continue d'être présent auprès des résidents et effectue les changes nécessaires jusqu'au goûter puis reprend après l'aide au repas. Enfin, il assure le rangement du linge propre en chambre, l'accompagnement aux toilettes, la transmission et validation des soins et la mise à table des résidents entre 18h45 et 19h avant la fin de service. Plusieurs horaires de cette fiche de tâches se superposent. Le soignant « J2 » aide également à la prise du petit-déjeuner par les résidents, mais assure de l'accompagnement aux soins de nursing, à la places des toilettes du premier soignant, avant l'aide à la prise du déjeuner. L'après-midi, il assure un accompagnement et une présence auprès des résidents, notamment dans le cadre des activités, ainsi que l'accompagnement aux toilettes et des changes, il participe également à l'accompagnement au goûter et le rangement du linge en chambre. En soirée, il participe à la mise au lit, entre 18h15 et 19, puis à l'accompagnement pour le repas du soir et le transfert du lieu de repas vers la chambre du résident entre 19h45 et 20h. Sur les mêmes horaires, il est censé assurer la transmission et validation des soins avant la fin de service. Le soignant « J3 » effectue l'aide au petit-déjeuner des derniers résidents puis effectue des soins de nursing le reste de la matinée et jusqu'à l'accompagnement vers la salle à manger pour l'aide à la prise du déjeuner. Il effectue ensuite le transfert des résidents vers les étages, la mise à la sieste et l'accompagnement aux toilettes ainsi que la validation des soins sur le logiciel de soin de l'EHPAD. Il participe ensuite à la prise du goûter, l'accompagnement aux toilettes et aux changes des résidents, il participe aux activités de l'étage et assure une présence auprès des résidents. Après avoir tracé les soins sur le logiciel, il effectue	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	le transfert des résidents pour le dîner et l'aide à la prise du repas, il ramène ensuite les résidents vers les étages et assure un accompagnement au coucher. Il effectue les transmissions orales avec l'IDE de nuit et les transmissions écrites sur le logiciel de l'EHPAD. Tous les soignants prennent connaissance des transmissions écrites à leur arrivée, participent à l'entretien des fauteuils roulants et doivent peser mensuellement les résidents en fonction des dates déterminées. L'emploi du terme « soignant » pour désigner indifféremment les AS, AMP et AVS, alors que ces fiches de tâches horaires prévoient des actes de change, toilettes et des actes de nursing entraîne un risque de glissement de tâches car ces personnels ne disposent pas des mêmes qualifications professionnelles. <u>-Pour les ASG PASA :</u> • Deux fiches de tâches horaires, l'une datant de novembre 2019 et la seconde de janvier 2022, pour des horaires allant de 9h30 à 17h. Les missions indiquées sur les deux fiches sont extrêmement similaires : préparation des ateliers et installation des résidents dans la salle d'activités, déroulement des ateliers entre 10h15 et 12h, aide au repas des résidents, pause entre 13h30 et 14h, reprise des ateliers jusqu'à 16h, goûter dans le PASA jusqu'à 16h30 puis les résidents sont accompagnés en chambre et les transmissions sont effectuées sur le logiciel de soin de l'établissement pour tracer les ateliers. Une réunion PASA est organisée tous les vendredis. <u>-Pour les personnels de l'UHR/UVP :</u> • Une fiche de tâches horaires « J1 » (7h-19h) • Une fiche de tâches horaires nommée « J2 » mais qui est une fiche de tâches dédiée à l'« EHPAD classique » • Une fiche de tâches horaires « J3 » (9h-21h) Les principales tâches communes sont : l'aide à l'installation et la prise du petit-déjeuner, les toilettes des résidents, la mise à la table et l'accompagnement au repas, la traçabilité des soins sur le logiciel de soin, la surveillance et présence auprès des résidents, l'aide à la prise du goûter, l'accompagnement aux toilettes et change des résidents, l'accompagnement des résidents et la participation aux activités de l'après-midi. Le premier soignant de 7h-19h effectue le réveil des résidents ainsi que les transmissions avec le reste de l'équipe soignante. Le troisième soignant de 9h-21 effectue la mise en place et l'accompagnement des résidents au dîner puis au coucher ainsi que les transmissions orales avec l'IDE de nuit et écrites sur le logiciel de soin. Les types de personnels à qui s'adressent ces fiches de tâches ne sont pas précisés alors qu'elles prévoient des actes de toilettes et de changes de résidents. <u>-Personnels de nuit :</u> • Ont été transmises six fiches de tâches horaires pour le personnel de nuit avec les mêmes horaires 20h15-07h15. • Quatre fiches de tâches horaires répartissent les soignants de nuit dans le bâtiment avec un soignant au 1^{er} pour l'UVP, au 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème}.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les deux autres fiches de tâches transmises concernent l'IDE de nuit et sont identiques à une exception : dans une fiche l'IDE de nuit distribue les traitements de nuit du 2ème, 4ème et 5ème étage alors que dans l'autre cas la distribution concerne uniquement le 5ème étage. Les soignants de nuit partagent les mêmes missions : l'aide au coucher et la mise en sécurité des résidents selon leurs besoins, le change et le nursing si nécessaire, la collation et l'hydratation des résidents puis des rondes d'étage approximativement toutes les deux heures. Les soignants doivent également préparer le chariot à linge propre et les tri-sacs pour le change du matin. Les activités sont tracées sur le logiciel de soin avant la dernière ronde de la nuit à 6h45 et les soignants assurent une transmission orale avec le soignant arrivant à 7h (J1). Le soignant du 1^{er} étage doit également nettoyer les fauteuils roulants et sortir les poubelles. Les soignants de nuit effectuent des roulements pour couvrir les pauses du personnel déployé à l'UVP afin garantir une présence constante à cet étage. Il y a également un roulement pendant les poses de l'IDE pour garantir une présence constante à l'UHR. L'IDE de nuit, après la distribution des traitements de nuit aux étages précédemment cités, effectue sa prise de poste sur l'UHR à partir de 20h45, remplis les transmissions et valide les soins sur le logiciel de soin de l'établissement puis effectue des rondes à l'étage à 0h, en garantissant la surveillance continue et la sécurité des résidents, 2h puis entre 3h30 et 4h pour l'UHR. L'IDE de nuit assure la mise en sécurité des résidents ainsi que leur hydratation et la distribution de collation en plus de préparer les chariots à linge propre et les tri-sacs pour les changes du matin. Un nouveau tour est fait à 5h pour assurer les changes et le nursing selon les besoins, continuer l'hydratation et la collation, ranger et nettoyer le chariot de nursing et du tri-sac ainsi que pour proposer des petites activités aux résidents qui l'acceptent. L'IDE de nuit trace les soins sur le logiciel pour ? effectuée, à 6h30, les glycémies capillaires de tout l'EHPAD ainsi que la distribution des traitements à prendre à 7h. C'est également à cette heure que l'IDE de nuit doit faire les transmissions avec l'IDE du matin et tracer les glycémies sur le logiciel de soin.	
2.1.4.4	Le glissement de tâches Un risque de glissement de tâches est présent au niveau des fiches de tâches ainsi que la procédure de gestion des absences employant sans distinction le terme « soignant » pour les AS, AMP et AVS intervenant dans l'établissement. La gestion des absences imprévues L'établissement a transmis une procédure « d'organisation en mode dégradé en cas d'absence AS/AMPI/AES ou AVS non pourvue ». La procédure décrit les actions à mettre en place dans l'EHPAD pour pallier l'absence d'un, deux ou trois personnes dans l'EHPAD ou UVP/UHR. En cas d'absence pour l'UVP/l'UHR : -Pour une absence : appui des personnels paramédicaux, IDE ou IDEC pour accompagner les résidents pendant les repas quand les deux autres soignants sont mobilisés, proposition d'heures supplémentaires aux personnels présents, sollicitation de l'équipe de nuit pour commencer plus tôt. -Pour deux absences : un soignant du 3^{ème} étage intervient à l'UVP ou l'UHR, redistribution des toilettes aux IDE et les autres soignants du 3^{ème} étage, propositions d'heures supplémentaires aux personnels présents, sollicitation de l'équipe de nuit. -Pour trois absences : deux soignants d'autres étages sont mobilisés, les toilettes sont redistribuées aux IDE, l'IDEC et les soignants des autres étages, les personnels paramédicaux assurent une présence auprès des résidents si tous les soignants sont mobilisés, les ASH et le service animation aident aux transferts des résidents pour les repas et les aident à manger, sollicitation de l'équipe de nuit.	Cf écart 13 (rubrique précédente) et écart 14 (rubrique suivante)
2.1.4.7		Écart 15 : La procédure de gestion des absences utilise l'appellation « soignant » sans définir les catégories de personnels amenés à effectuer des actes de toilettes et de change auprès des résidents ce qui peut entraîner des risques de glissements de tâches. (Référence : Article 311-3, 1° et 3° du CASF).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	En cas d'absence dans le reste de l'EHPAD : -Une absence : répartition des toilettes par les IDE, l'IDEC, l'adjoint de direction ou la directrice entre les deux autres soignants, les ASH et le service animation aident aux transferts des résidents pour les repas et les aident à manger, proposition d'heures supplémentaires aux soignants présents, sollicitation de l'équipe de nuit, priorisation des soins au détriment des douches de résidents grabataires. -Deux absences : répartition des toilettes entre les soignants des autres étages, les ASH et le service animation aident aux transferts des résidents pour les repas et les aident à manger, proposition d'heures supplémentaires aux soignants présents, sollicitation de l'équipe de nuit, priorisation des soins au détriment des douches de résidents grabataires. -Trois absences : nouvelle répartition des soignants des autres étages pour assurer la présence d'au moins deux personnels à chaque étage, aide à la réalisation des soins de nursing par l'IDE et/ou l'IDEC dans les étages, proposition d'heures supplémentaires, sollicitation de l'équipe de nuit, priorisation des soins au détriment des douches des résidents grabataires et des soins techniques pour les IDE. L'EHPAD a également transmis des fiches de procédures prévoyant le fonctionnement de l'établissement en « mode dégradé » en cas d'absence d'IDE, de soignant de jour ou de nuit.	
2.1.4.10	<u>La qualification du personnel de nuit</u> D'après les plannings et les fiches de tâches transmises, le personnel de nuit de l'établissement comporte : une IDE et quatre AS/AMP/AVS de nuit. Des transmissions écrites et orales entre les équipes de nuit et du matin sont prévues dans les fiches de tâches transmises.	

Prises en charge

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

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	La procédure d'admission La procédure d'admission est conforme à la réglementation. Elle prévoit en effet que le médecin coordonnateur donne son avis au moment de l'admission et elle précise les éléments suivants : -Le lancement de la procédure d'admission et la présentation au futur résident : réception du dossier et visite de pré-admission. -L'accueil et l'entrée du résident dans l'EHPAD : préparation de la chambre, création du dossier informatique, accueil et visite dans l'établissement, signature du contrat de séjour, évaluations initiales menées par l'IDEC et/ou les IDE, présentation de l'animation. -L'intégration du résident dans l'établissement entre J+1 et J+30 : organisation d'un bilan psychologique, rencontres avec l'équipe médicale, synthèses des bilans faits. -Enfin, un bilan d'intégration est fait à 3 mois et le projet personnalisé est élaboré dans les 6 mois.	
3.1.1.1		
	Évaluation à l'admission L'établissement a transmis un document nommé « fiche technique récapitulative, évaluation et prise en charge de la douleur ». La procédure d'admission précise que le médecin procède à l'évaluation gériatrique du résident : état cutané, nutrition, locomotion, douleur, vue, audition, iatrogénèse, incontinence et la trace sur le logiciel de soins. Ce document renvoie à une fiche technique – Evaluation gériatrique standardisée.	
3.2.1.2		
	Le PAI (Projet d'Accueil Individualisé) Il est précisé par l'établissement que le référent PAI par résident est le psychologue chargé du suivi, mais qu'il travaille en équipe pluridisciplinaire avec l'ergothérapeute, la psychomotricienne, le médecin coordonnateur, l'IDEC, l'IDE, les AS/AMP/AVS/AES et les animateurs pour son élaboration. L'établissement a fourni un document intitulé « Protocole Projet Personnalisé » d'une seule page qui précise que les PAI sont modifiés si des changements majeurs surviennent chez le résident et qu'ils sont réactualisés tous les ans pour les résidents en étage « classique » et tous les 3 mois pour les résidents de l'UHR. Les personnes accueillies participent à l'élaboration du PAI car les soignants référents demandent aux résidents leurs souhaits, attentes et besoins avant l'élaboration en équipe du PAI. La procédure transmise par l'établissement ne précise pas si le résident participe, outre que par l'expression de ses souhaits, attentes et besoins, à l'élaboration de son PAI, à sa rédaction et à sa version finale.	Écart 16 : La procédure transmise ne garantit pas que le résident participe activement à l'élaboration et la rédaction de son PAI et qu'il donne son avis sur le projet final, ce qui contrevient à l'article L311-3, 7° du CASF.
3.1.3.3		

N°IGAS	La Commission de Coordination Gériatrique	Observations ou commentaires	Constat E/R																																													
3.1.4.4	Il existe une commission de coordination gériatrique. L'établissement a transmis un compte-rendu du 14 février 2023 qui présente les 14 missions du médecin coordonnateur, les différents intervenants au sein de l'EHPAD, les partenariats avec le secteur sanitaire, le rapport d'activité médical annuel. L'établissement n'a pas transmis de compte-rendu de 2022 ou d'information sur la tenue d'une commission en 2024, la mission ne peut donc déterminer si la commission de coordination gériatrique se réunit annuellement.		Écart 17 : La mission ne peut déterminer si la commission de coordination gériatrique se réunit annuellement (Référence : Article D312-158, 3° du CASF)																																													
3.1.4.5	Interventions des professionnels médicaux Le RAMA 2024 Inclut deux tableaux : 1- Personnels paramédicaux 2- autres intervenants <table><tr><th>Intervenants :</th><th>Salarié</th><th>Libéral</th><th>ETP</th><th>Rythme intervention/ semaine</th></tr><tr><td>Psychologue</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Diététicien</td><td colspan="4">Intervention par prestataire restauration</td></tr><tr><td>Ergothérapeute</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Psychomotricien</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Kinésithérapeute</td><td></td><td>x</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Orthophoniste</td><td></td><td>x</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Animateurs</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Pédicure/podologue</td><td></td><td>x</td><td></td><td></td></tr></table>	Intervenants :	Salarié	Libéral	ETP	Rythme intervention/ semaine	Psychologue	x				Diététicien	Intervention par prestataire restauration				Ergothérapeute	x				Psychomotricien	x				Kinésithérapeute		x			Orthophoniste		x			Animateurs	x				Pédicure/podologue		x				
Intervenants :	Salarié	Libéral	ETP	Rythme intervention/ semaine																																												
Psychologue	x																																															
Diététicien	Intervention par prestataire restauration																																															
Ergothérapeute	x																																															
Psychomotricien	x																																															
Kinésithérapeute		x																																														
Orthophoniste		x																																														
Animateurs	x																																															
Pédicure/podologue		x																																														

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	13 médecins traitants interviennent dans la structure et prennent en charge entre 1 et 36 résidents. D'après le document transmis par l'EHPAD, 100% des 107 résidents présents le jour du contrôle disposent d'un médecin traitant.	
2.5.4.3	Système d'appels-malade L'établissement a indiqué disposer d'un logiciel afin d'évaluer la qualité du système d'appel malade. L'établissement n'a indiqué ou transmis aucun élément relatif à son système d'appel malade (notamment par rapport au temps de réponse moyen ainsi que l'entretien du matériel et les réparations en cas de dysfonctionnement).	Écart 18 : La mission ne dispose d'aucun élément lui permettant de s'assurer du fonctionnement du système d'appel malade dans l'établissement (Référence : Article L311-3, 1° du CASF).
	Intervention des bénévoles L'établissement a transmis une convention de partenariat pour les bénévoles contenant l'objet de la convention, les missions assurées par les bénévoles, les modalités du partenariat, les engagements réciproques ainsi qu'une charte des bénévoles (Engagements, principes et droits).	

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.2.2.2 3.2.2.5	Les droits du résident Le livret d'accueil renseigne le résident sur les droits suivants : le numéro ALMA, la possibilité de recourir à des personnes qualifiées et au médiateur de la consommation, la protection des données et la confidentialité, la charte de la personne âgée. Le contrat de séjour détaille les droits du résidents suivants : le droit d'accès aux soins, la désignation de la personne de confiance, la rédaction des directives anticipées, le respect de la liberté d'aller et venir, le droit d'accès aux soins palliatifs et l'information sur le congé d'accompagnement de fin de vie pour les proches, le traitement des données personnelles et leur protection ainsi que le droit à l'image.	
3.2.3.1	Procédure relative aux contentions L'établissement a transmis la procédure du groupe gestionnaire et la procédure propre à l'établissement. La procédure de l'EHPAD est intitulée « PROCEDURE CONTENTION PHYSIQUE PASSIVE » et a été mise à jour en juin 2024. Elle définit la contention et expose les risques pour le résident, la famille et l'équipe (augmentation des chutes, risques d'escarres, perception d'une dépendance plus grande, culpabilité, etc.), les dispositifs de contention disponibles sur l'établissement, la mise en place d'une contention physique passive et son suivi (obligation d'une prescription médicale et après réunion pluridisciplinaire) ainsi que la traçabilité (dossier de soins informatisé du résident, logiciel de soins, dossier informatique partagé).	Remarque 31 : Les contentions ne sont pas comptabilisées dans le RAMA.

Soins

N° IGAS	Convention EHPAD/Officine et circuit du médicament	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.8.2.9	L'établissement a transmis une convention signée et paraphée avec une officine de pharmacie. La convention a été signée le 16 mai 2019, elle est valide pour 5 ans et renouvelable par tacite reconduction. La convention contient les modalités d'échange entre l'EHPAD et l'officine, les modalités de préparation et de livraison des médicaments à l'établissement ainsi que les responsabilités des parties dans la convention. Dans le RAMA transmis, l'établissement précise que les protocoles décrivant le fonctionnement du circuit du médicament sont rédigés. Un système de préparation des doses à administrer est en place. Délégation d'administration des médicaments par l'IDE	La délégation d'administration des médicaments par l'IDE est organisée dans un document intitulé « Procédure de distribution des médicaments par les AS/AMP » daté de 2016, sans date de mise à jour, avec les volets suivants : 1- Champ d'application de la procédure : - Les soignants AS et AMP préalablement formés et sensibilisés au principe de l'identitovigilance peuvent distribuer les médicaments aux : - Résidents ne présentant pas de troubles majeurs de déglutition ou d'observance ; Pour les prises de : • Jour : le matin principalement et le soir ; • Nuit : en l'absence de l'IDE de nuit, les AS/AMP distribuent et administrent les somnifères préalablement préparés individuellement avec les noms et prénoms des résidents ainsi que leur numéro de chambre. 2- Les limites d'utilisation du protocole : - Les traitements particuliers à savoir les Anti-Vitamines K et les stupéfiants ; - Les traitements injectables, perfusions et traitements en gouttes à durée déterminée (type antibiotique) ; - Les résidents fragiles dont le traitement conditionne l'état général et ceux qui présentent des troubles de déglutition sont exclus de ce protocole. 3- Les outils nécessaires à cette procédure : - Dossier informatisé des résidents ; - Liste des comprimés écrasables et des gélules ouvrables mise à disposition des soignants ; - Liste des résidents « ré-cracheurs », et ceux présentant des troubles de la déglutition et autres facteurs de risque ; - Une liste des traitements ne pouvant être délégués comme les AVK, les stupéfiants, les médicaments conditionnant un état général, les aérosols, sera établie et diffusée ; - Une traçabilité de la distribution et de la prise réelle des médicaments sur le DRI (dossier résident informatique) : logiciel de soins. 4- Evaluation du protocole : - Protocole réévalué avec les équipes en poste et en fonction des cas particuliers ; - Protocole réajusté afin de répondre aux besoins du service.	Écart 19 : La procédure prévoit que les AMP distribuent les médicaments alors que ces personnels ne sont pas habilités à réaliser ces actes ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge sécurisée des résidents. (Références : Article 4311-4 du CSP et article L311-3, 1° du CASF) Remarque 32 : La procédure de délégation d'administration des médicaments transmises n'a pas été mise à jour depuis 2016.

N°IGAS	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.8.2.24		L'établissement a transmis un document nommé « fiche technique récapitulative évaluation et prise en charge de la douleur ». Le RAMA précise que l'évaluation de la douleur se fait en fonction des signes cliniques et que pour tendre vers une systématisation, une évaluation des douleurs est prévue une fois par semaine pour chaque résident, inscrite dans chaque plan de soins et réalisée par l'infirmière de l'étage. <u>Protocole soins palliatifs et fin de vie</u> Il existe un protocole accompagnement en soins palliatifs daté de 2024 qui prévoit les thèmes suivants : -Calendrier de réalisation (Situation de fin de vie imminente- Anticipation des fins futures de vie) ; -Déroulé : Anticipation de l'accompagnement en soins palliatifs (identification des résidents pour lesquels une limitation des soins peut être bénéfique, réunion avec la famille du résident organisée pour discuter de l'accompagnement du résident), Accompagnement dans les situations de soins palliatifs avérées (identification des signes d'inconfort par les soignants ou l'altération de l'état général du résident, en fonction des signes présentés par le résident : consulter le médecin traitant ou l'astreinte du réseau des soins palliatifs, mise en route des prescriptions anticipées) ; -Au quotidien : Privilégier le confort du résident, appliquer les prescriptions anticipées selon les situations présentées par le résident, expliquer l'évolution à la famille. Le protocole n'évoque pas le choix d'une personne de confiance. Le RAMA ne comporte pas d'éléments sur le protocole relatif aux soins palliatifs. <u>Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel</u> Il est indiqué dans le RAMA que les résidents sont systématiquement pesés au moment de l'admission puis au moins une fois par mois. Un dosage de l'albumine ainsi que l'évaluation initiale de l'état nutritionnel sont toujours réalisés à l'admission par le médecin coordonnateur. Le suivi et la prise en charge d'une dénutrition éventuelle sont confiés au médecin traitant du résident. Un projet de CLAN a été prévu pour 2023 afin d'harmoniser les pratiques en termes de dénutrition. L'établissement a rempli le document Excel transmis par la mission contenant les pesées effectuées sur les douze derniers mois pour les résidents de l'EHPAD au moment du contrôle. Il ressort des éléments transmis que les résidents entrés dans l'établissement avant 2024 ont en moyenne 6 à 7 pesées renseignées. Les résidents admis dans l'établissement ne disposent pas non plus d'une pesée mensuelle comme indiqué dans le RAMA et certains résidents entrés le même mis n'ont pas le même nombre de pesées renseignées.	Écart 20 : Le protocole accompagnement en soins palliatifs n'évoque pas la personne de confiance et contrevient à l'article L1111-6 CSP. Remarque 33 : Le RAMA ne comporte pas d'éléments sur le protocole relatif aux soins palliatifs. Écart 21 : Les résidents ne sont pas pesés mensuellement, contrairement à la pratique indiquée dans le RAMA de l'EHPAD, ce qui ne permet pas un suivi nutritionnel optimal et une prise en charge adaptée de la population accueillie (Référence : Article L311-3, 3° du CASF).
3.8.2.25			
3.4.3.9			

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°/GAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Personnels médicaux et paramédicaux libéraux		
4.2.1.2	L'établissement a transmis une liste des intervenants paramédicaux dans l'EHPAD. Elle comprend : -Six masseurs kinésithérapeutes qui interviennent du lundi au vendredi et alternent d'étage tous les mois ce qui leur permet de connaître tous les résidents ; -Deux pédicures, la première intervient un lundi sur deux et suit 29 résidents. La seconde intervient un jeudi sur deux et suit 67 résidents ; -Trois orthophonistes, qui interviennent respectivement le mardi et le vendredi matin, le jeudi matin ainsi que le mardi après-midi et le jeudi matin. Ces trois intervenants suivent respectivement cinq, deux et cinq résidents.	

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

Écart 1 :	Le règlement de fonctionnement ne mentionne pas que le CVS a été consulté avant sa mise en place (Référence article L311-7 du CASF).	11
Écart 2 :	Le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions du décret en ne faisant pas mention des cas d'Alzheimer (décret 2003-1095 du 14 novembre 2003) ainsi que des mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, et des modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues (R.311-35 du CASF).	11
Écart 3 :	Le projet d'établissement soumis contrevient à l'article L.311-8 du CASF aux motifs où il n'a été ni actualisé ni signé par l'organisme gestionnaire ni soumis à la validation du CVS.	11
Écart 4 :	Le projet d'établissement ne mentionne pas de dispositif de prévention contre la maltraitance conformément à l'article L311-8 du CASF.	12
Écart 5 :	Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation en vigueur (Référence : Article D312-156 du CASF)	14
Écart 6 :	Aucune présentation au CVS des EI, EIG, dysfonctionnements et actions correctrices mises en œuvre n'est faite dans les comptes-rendus transmis ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.	16
Écart 7 :	Evoquer la maltraitance sans en donner la définition actualisée contrevient à l'article L119-1 du CASF. Cf. circulaire DGCS relative à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance du 20 février 2014.	17
Écart 8 :	Les documents transmis ne permettent pas de savoir si les RETEX des EIG ont été fait dans les temps et ont été transmis auprès des autorités compétentes, ce qui contrevient aux dispositions des articles R.1413-67 à 70 CSP.	18
Écart 9 :	Aucune formation AFGSU n'est prévue dans les plans de développement de compétences fournies alors que ces formations permettent de garantir la bonne prise en charge des résidents (Référence : Article L311-3, 1° du CASF).	25
Écart 10 :	Le manque de visibilité du planning des personnels paramédicaux, du MédCo et des psychologues n'est pas de nature à permettre la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3, 1° et 3° du CASF	30
Écart 11 :	Ne pas séparer les catégories professionnelles et le statut contractuel des salariés dans le planning peut entraîner des glissements de tâches et altérer la sécurité de la prise en charge ce qui contrevient à l'article L.311-3, 1° et 3° du CASF	33
Écart 12 :	Selon le planning transmis, l'établissement fait fonctionner le PASA sans ASG diplômée, ce qui contrevient à l'article D312-155-0-1 du CASF	34
Écart 13 :	Le planning soignant n'est pas lisible sans légende. La mission ne peut donc s'assurer de la prise en soins sécurisée des résidents ce qui contrevient à l'article L.313-1 du CASF	34
Écart 14 :	Certaines fiches de tâches adressées aux « soignants » ne définissent pas les personnels amenés à effectuer des actes de toilettes et de change auprès des résidents ce qui peut entraîner des risques de glissements de tâches. (Référence : Article 311-3, 1° et 3° du CASF).	35
Écart 15 :	La procédure de gestion des absences utilise l'appellation « soignant » sans définir les catégories de personnels amenés à effectuer des actes de toilettes et de change auprès des résidents ce qui peut entraîner des risques de glissements de tâches. (Référence : Article 311-3, 1° et 3° du CASF).	38

46/55

Écart 16 :	La procédure transmise ne garantit pas que le résident participe activement à l'élaboration et la rédaction de son PAI et qu'il donne son avis sur le projet final, ce qui contrevient à l'article L311-3, 7° du CASF.	40
Écart 17 :	La mission ne peut déterminer si la commission de coordination gériatrique se réunit annuellement (Référence : Article D312-158, 3° du CASF)	41
Écart 18 :	La mission ne dispose d'aucun élément lui permettant de s'assurer du fonctionnement du système d'appel malade dans l'établissement (Référence : Article L311-3, 1° du CASF).	42
Écart 19 :	La procédure prévoit que les AMP distribuent les médicaments alors que ces personnels ne sont pas habilités à réaliser ces actes ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge sécurisée des résidents. (Références : Article 4311-4 du CSP et article L311-3, 1° du CASF)	43
Écart 20 :	Le protocole accompagnement en soins palliatifs n'évoque pas la personne de confiance et contrevient à l'article L1111-6 CSP.	44
Écart 21 :	Les résidents ne sont pas pesés mensuellement, contrairement à la pratique indiquée dans le RAMA de l'EHPAD, ce qui ne permet pas un suivi nutritionnel optimal et une prise en charge adaptée de la population accueillie (Référence : Article L311-3, 3° du CASF).	44

Remarques

Remarque 1 :	Le plan bleu n'évoque pas une situation de crise liée à une cyber-attaque.	12
Remarque 2 :	Le document transmis par l'établissement ne constitue par un organigramme traduisant les liens hiérarchiques et fonctionnels dans l'EHPAD.	13
Remarque 3 :	Les astreintes sont assurées uniquement par deux personnels dans l'EHPAD et ne prévoit pas les cas d'absences simultanées des cadres d'astreinte.	13
Remarque 4 :	Les professionnels de soins ne sont pas distingués des autres professionnels dans le collège des salariés.	15
Remarque 5 :	Le médecin coordonnateur participant au CVS n'est pas indiqué comme membre titulaire du CVS	15
Remarque 6 :	Plusieurs objectifs inscrits dans le PACQ n'ont pas été atteints dans les délais fixés par l'établissement et le plan transmis n'indique pas de nouveaux délais pour suivre ces actions.	16
Remarque 7 :	Dans la fiche « <i>conduite à tenir en cas d'acte de maltraitance</i> » datant de 2016, il n'est pas demandé de signaler aux autorités de contrôle tout acte de maltraitance.	17
Remarque 8 :	L'établissement n'a pas formalisé une procédure spécifique pour la gestion des situations de violences ou harcèlements sexuels alors que c'est un objectif inscrits dans son plan d'amélioration continue.	17
Remarque 9 :	L'établissement n'a pas mis en place de système d'enregistrement permanent des réclamations et plaintes des résidents.	17
Remarque 10 :	L'établissement n'a pas fourni le résultat de l'enquêtes de satisfaction 2023.	17
Remarque 11 :	L'établissement n'a pas prévu de formation relative à la classification et à l'identification des différents EI et EIG.	18
Remarque 12 :	Il n'y a pas de charte d'incitation à la déclaration des EI en annexe de la procédure de déclaration des EI	18
Remarque 13 :	Les actions ou mesures correctrices ou préventives ne sont pas incluses dans le plan d'amélioration continue.	18

47/55

- Remarque 14 :** Le tableau des effectifs de fin du premier semestre 2024 n'est pas à jour. 19
- Remarque 15 :** Le temps de travail est différent d'un onglet à l'autre du RUP. 21
- Remarque 16 :** Le titre des onglets du RUP ne correspond pas aux éléments trouvés dans l'onglet. 21
- Remarque 17 :** La qualification professionnelle n'est pas inscrite dans l'onglet « métier » du RUP alors que celle-ci est au cœur de la fonction exercée. 21
- Remarque 18 :** L'établissement ne suit pas la validité et le renouvellement des cartes de séjour lors de la signature de contrat 24
- Remarque 19 :** Les plans de développement des compétences transmis ne contiennent pas de formation sur le repérage de la maltraitance. 26
- Remarque 20 :** L'établissement n'a pas transmis de livret d'accueil du nouveau salarié ce qui ne lui donne pas les moyens de comprendre et de s'adapter aux résidents accompagnés comme le recommande la HAS dans « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1) 27
- Remarque 21 :** La procédure d'accueil du salarié ne contient pas d'éléments sur l'organisation de l'établissement et des services, la politique qualité, la déclaration des EI et les vigilances 27
- Remarque 22 :** Les codes horaires des soignants ne sont pas légendés sur le planning/ 27
- Remarque 23 :** Le statut contractuel des salariés n'est pas indiqué dans tous les plannings. 28
- Remarque 24 :** L'écriture du planning n'est pas en adéquation avec les légendes. 28
- Remarque 25 :** Les Repos Hebdomadaires (RH) ne sont pas toujours utilisés comme il se doit. 29
- Remarque 26 :** Il n'existe pas de code pour les temps partiels sur les plannings transmis 30
- Remarque 27 :** Le calcul des présents n'est pas automatique d'où un chiffre erroné des effectifs 32
- Remarque 28 :** Le planning de juin des soignants n'a pas été adressé à la mission 32
- Remarque 29 :** Le temps de repos entre 2 plages de travail n'est pas toujours respecté. 35
- Remarque 30 :** La plupart des fiches de tâches transmises n'ont pas été mise à jour depuis plus de 5 ans. 35
- Remarque 31 :** Les contentions ne sont pas comptabilisées dans le RAMA. 42
- Remarque 32 :** La procédure de délégation d'administration des médicaments transmises n'a pas été mise à jour depuis 2016. 43
- Remarque 33 :** Le RAMA ne comporte pas d'éléments sur le protocole relatif aux soins palliatifs. 44

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD « Hospitalité Familiale », géré par l'Association COS Alexandre Glasberg a été réalisé le 19 juillet 2024 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La Mission de contrôle a constaté qu'un certain nombre de points répondaient aux attendus tant en matière de respect de la réglementation que de mise en œuvre de bonnes pratiques professionnelles :

- Le taux d'occupation de l'établissement est supérieur à 95% au moment du contrôle sur pièces
- L'EHPAD dispose de la présence d'un trio direction, IDEC et médecin coordonnateur
- Le CVS de l'EHPAD est installé, se réunit au moins trois par an et propose des réunions de préparation aux résidents en amont des séances
- D'après les plannings transmis, une présence infirmière est la nuit dans l'établissement
- La procédure relative à l'admission du résident dans l'établissement est complète et prévoit une évaluation gériatrique à l'entrée dans l'EHPAD
- Au moment du contrôle, tous les résidents de l'établissement sont suivis par un médecin traitant intervenant dans l'EHPAD

La Mission a également relevé les principaux dysfonctionnements suivants :

- Gouvernance :
 - Le règlement de fonctionnement contrevient aux dispositions du décret en ne faisant pas mention des cas d'Alzheimer (décret 2003-1095 du 14 novembre 2003) ainsi que des mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, et des modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues
 - Le projet d'établissement soumis contrevient à l'article L.311-8 du CASF aux motifs où il n'a été ni actualisé ni signé par l'organisme gestionnaire ni soumis à la validation du CVS.
 - Aucune présentation au CVS des EI, EIG, dysfonctionnements et actions correctrices mises en œuvre n'est faite dans les comptes-rendus transmis
 - Les documents transmis ne permettent pas de savoir si les RETEX ont été fait dans les temps et ont été transmis auprès des autorités compétentes
- Fonctions support :
 - Ne pas séparer les catégories professionnelles et le statut contractuel des salariés dans le planning peut entraîner des glissements de tâches et altérer la sécurité de la prise en charge
 - Selon le planning transmis, l'établissement fait fonctionner le PASA sans ASG diplômée
 - Certaines fiches de tâches et la procédure de gestion des absences utilisent l'appellation « soignant » sans définir les catégories de personnels amenés à effectuer des actes de toilettes et de change auprès des résidents ce qui peut entraîner des risques de glissements de tâches
 - Aucune formation AFGSU n'est prévue dans les plans de développement de compétences fournies alors que ces formations permettent de garantir la bonne prise en charge des résidents
 - Le manque de visibilité du planning des personnels paramédicaux, du MédCo et des psychologues n'est pas de nature à permettre la sécurité des résidents
 - Le planning soignant n'est pas lisible sans légende. La mission ne peut donc s'assurer de la prise en soins sécurisée des résidents
 - L'établissement n'a pas transmis de livret d'accueil du nouveau salarié ce qui ne lui donne pas les moyens de comprendre et de s'adapter aux résidents accompagnés
 - Le temps de repos entre 2 plages de travail n'est pas toujours respecté.
 - La plupart des fiches de tâches transmises n'ont pas été mise à jour depuis plus de 5 ans.
- Prise en charge :

- La mission ne dispose d'aucun élément lui permettant de s'assurer du fonctionnement du système d'appel malade dans l'établissement
- La procédure transmise ne garantit pas que le résident participe activement à l'élaboration et la rédaction de son PAI et qu'il donne son avis sur le projet final
- La procédure prévoit que les AMP distribuent les médicaments alors que ces personnels ne sont pas habilités à réaliser ces actes ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge sécurisée des résidents. (Références : Article 4311-4 du CSP et article L311-3, 1° du CASF)
- Les résidents ne sont pas pesés mensuellement, contrairement à la pratique indiquée dans le RAMA de l'EHPAD, ce qui ne permet pas un suivi nutritionnel optimal et une prise en charge adaptée de la population accueillie
- Le protocole accompagnement en soins palliatifs n'évoque pas la personne de confiance et contrevient à l'article L1111-6 CSP.
- Les contentions ne sont pas comptabilisées dans le RAMA.

Saint-Denis, le 13 juin 2025

Madame Dalhia ELENGA, Coordinatrice de la mission de contrôle, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France	Monsieur Marc LEBRET, Chargé du contrôle des ESMS parisiens, Direction des solidarités, Sous-direction de l'autonomie, 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

Affaire suivie par : Conrad LAJUSTICIA
Mail : conrad.lajusticia@ars.santp.fr
Téléphone : 06 60 77 11 75

Madame Dalhia ELENGA, coordinatrice de la mission de contrôle, inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation départementale de Paris, ARS Île-de-France

Monsieur Marc LEBRET, chargé du 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

Docteur Anne SIMONDON, conseillère médicale, Délégation départementale de Paris, ARS Île-de-France

Saint-Denis, le 5 juillet 2024

Mesdames, Messieurs,

En février dernier, 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 Résidence médicalisée COS Hospitalité Familiale (FINESS géographique 750803603) situé au 122 boulevard de Charonne, Paris 75020, géré par la Fondation COS Alexandre Glasberg, 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 ;

73 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 00 00
ledet@ars.santp.fr

64/06 Quai de la Rapée
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

- Monsieur Marc LEBRET, 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, désigné personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;
- Docteur Anne SIMONDON, désignée 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 5 juillet 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'Île-de-France et, par délégation,

Le Directeur de la Délégation départementale
de Paris

Jérémy BODIN

Pour la Maire de Paris et par délégation,

Delphine GAZOT
Adjointe à la sous-directrice de l'Autonomie

Annexe 2 : Liste des documents demandés

Q1	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)
Q1	2	Grilles de suivi du nombre de journées réalisées pour chaque activité (PASA et UHR) pour l'année N-1 et le jour du contrôle
Q2	3	Règlement de fonctionnement
Q2	4	Plan des locaux de l'établissement
Q2	5	Projet d'établissement
Q2	6	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)
Q2	7	Organigramme comportant les noms et temps de travail des personnels (Excel si possible)
Q2	8	Diplôme du directeur de l'EHPAD
Q2	9	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD
Q2	10	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD
Q2	11	Procédures et/ou convention d'astreinte
Q2	12	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois + légende (Excel)
Q2	13	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD
Q2	14	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
Q2	15	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, le dernier bulletin de salaire
Q3	16	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS
Q3	17	Les comptes rendus des CVS N et N-1
Q4	18	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation
Q4	19	Dernière évaluation externe
Q4	20	Dernière évaluation interne
Q4	21	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2
Q4	22	La procédure portant sur les situations de violences ou de harcèlements sexuels dans l'établissement
Q4	23	La procédure portant sur les signalements en cas d'agression et de maltraitance dans l'établissement
Q5	24	Registre des plaintes et réclamations
Q5	25	Les trois dernières réclamations et leur traitement
Q5	26	Procédure de gestion des événements indésirables et événements indésirables graves
Q5	27	Liste des EI et EIG des années N-1 et N
Q5	28	Liste des signalements au Procureur de la République des années N-1 et N
Q5	29	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les trois derniers EIG
Q6	30	Registre du personnel N-1 & N-2 comportant les indications sur les ETP (Excel)
Q6	31	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir + ETP (Excel)
Q6	32	Tableau avec les noms et la date d'obtention des diplômes des IDE et AS de l'établissement (Excel)
Q6	33	Plan de développement des compétences (formation internes et externes) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1 (Excel si possible)
Q6	34	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)
Q6	35	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit + Légende (Excel)
Q6	36	Une fiche de tâches heurées, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AES (ou AMP), ASG, IDE
Q6	37	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie
Q7	38	Procédure d'admission des résidents

Q7	39	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)
Q7	40	Les 2 derniers CR de la commission de coordination gériatrique
Q7	41	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux
Q7	42	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (Excel disponible sur Collecte Pro)
Q7	43	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)
Q8	44	Livret d'accueil du résident
Q8	45	Contrat de séjour type et ses annexes
Q8	46	Procédure relative aux contentions
Q8	47	RAMA
Q9	48	Convention pharmacie EHPAD (sauf PUI) et procédure du circuit du médicament
Q9	49	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS
Q9	50	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur
Q9	51	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie
Q9	52	La liste des intervenants paramédicaux libéraux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) avec leur identité, leur qualification, leur planning et le nombre de résidents pris en charge
Q10	53	Le fichier Excel contenant les éléments sur l'évaluation dont a bénéficié chaque résident présent dans la structure à la date du contrôle, le relevé annuel exhaustif des pesées et des IMC pour chaque résident présent dans la structure à la date du contrôle (Données médicales nominatives à transmettre par la plateforme BlueFiles)

