

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
« Canal des Maraichers »
136 boulevard Mac Donald - 75019 PARIS
N° FINESS 75 004 580 9**

**RAPPORT DE CONTRÔLE
N° 2023_IDF_00213
Contrôle sur pièces du 06/ 02 /2023**

Mission conduite par

- Madame Dominique GRUJARD, coordinatrice de la mission d'inspection, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L. 132-2 du CASF par la Ville de Paris,
- Madame Cassandra ROCHETTE, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L. 132-2 du CASF par la Ville de Paris,
- Madame Christel ROUGY, ingénieur du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Docteur Anne SIMONDON, conseillère médicale, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France, désignée personne qualifiée conformément à l'article 1421-1 du CSP
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, conseillère médicale, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France, désignée personne qualifiée conformément à l'article 1421-1 du CSP

Textes de référence

- Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles
- Article L. 133-2 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	5
Contexte de la mission de contrôle.....	5
Modalités de mise en œuvre.....	5
Présentation de l'établissement.....	6
Constats.....	8
Gouvernance	9
Conformité aux conditions de l'autorisation	9
Gestion de la qualité.....	12
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	13
Gestion des ressources humaines	14
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	19
Respect des droits des personnes	20
Relations avec l'extérieur.....	23
Coordination avec les autres secteurs.....	23
Récapitulatif des écarts et des remarques	24
Conclusion	25
Glossaire.....	26
Annexes	27
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	27
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	29

Synthèse

Éléments déclencheurs de la mission

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

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan, dans un calendrier prenant en compte la date prévisionnelle de signature du CPOM, l'EHPAD étant classé dans une catégorie de risque limité ne justifiant pas d'emblée d'un contrôle sur place (inspection).

Méthodologie suivie

Le contrôle a été réalisé par l'ARS et la ville de Paris en mode annoncé. La délégation départementale de l'ARS et la Direction des Solidarités de la Ville de Paris ont été informés du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision.

L'analyse a porté sur les constats réalisés à partir des pièces produites sur les thématiques suivantes :

GOVERNANCE

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

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Cf. chapitre « Conclusion ».

Introduction

Contexte de la mission de 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 " le Canal des Maraichers (FINESS géographique 75 004 580 9) situé au 136 boulevard Mac Donald - 75019 PARIS», dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

Aussi, la Directrice générale de l'ARS et la Maire de Paris ont-t-elles diligenté un contrôle sur pièces visant cet établissement. Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents.

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle sur pièces a été réalisé le 06 février 2023, avec annonce préalable à l'établissement.

Après avoir confirmé les coordonnées de la direction par appel téléphonique le 6 février 2023, un e-mail a été transmis à la direction ce même jour, auquel étaient joints :

- La lettre de mission précisant les thématiques abordées dans le cadre du contrôle
- La liste des documents à transmettre et le délai de transmission (5 jours).
- Les modalités opérationnelles :
 - de connexion de l'inspecté à l'outil sécurisé <https://collecte-pro.gouv.fr/> utilisé pour la transmission des documents
 - et de dépôt de documents (réponse au questionnaire, éléments probants)

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

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

La délégation départementale de l'ARS et la Ville de Paris ont été informés du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision.

Présentation de l'établissement

Situé au 136 boulevard Mac Donald - 75019 PARIS, l'EHPAD Le Canal des Maraichers est géré par la fondation Partage et Vie.

Autorisé par arrêté n° 2009-51-5 du 20 février 2009, l'établissement a ouvert le 2 janvier 2012. Il dispose de 104 places en hébergement permanent et est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour la totalité de sa capacité.

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

Il est doté d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) de 14 places.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS du 20 juin 2019, le GMP s'élève à 823 et le PMP à 234. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles au-dessus des chiffres médians régionaux¹.

Les 102 résidents accueillis au 6 février 2023 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD Canal des Maraichers 2023					
IDF ² 2021					

Le budget de fonctionnement est de **5 811 898 €** en 2022, dont 2 988 958 € au titre de l'hébergement, 753 575 € au titre de la dépendance et 2 069 365 € au titre du soin.

La dernière convention tripartite a été signée le 25 avril 2012. À échéance depuis le 24 avril 2017, cette convention est prorogée tacitement jusqu'à signature du CPOM dont la négociation est en cours.

L'EHPAD participe au dispositif IDE de nuit, piloté par l'URPS Infirmiers IDF.

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)

² La médiane d'Île-de-France issue du tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2022 sur les données de 2021)

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Le Canal des Maraichers		
Nom de l'organisme gestionnaire	Fondation partage et vie		
Numéro FINESS géographique	75 004 580 9		
Numéro FINESS juridique	92 002 856 0		
Statut juridique	Privé non lucratif		
Option tarifaire			
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ³	99	99
	HT ⁴	5	5
	UVP ⁵	32	32
	PASA ⁶	14	14
	UHR ⁷	0	
	UPHV ⁸	0	
	AJ ⁹	0	
	AN ¹⁰	0	
	PFR ¹¹	0	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	104		

³ Hébergement permanent

⁴ Hébergement temporaire au jour de l'inspection (arrêté en cours de signature pour transformer les 5 HT en HP)

⁵ Unité de vie protégé / unité protégée

⁶ Pôle d'activité et de soins adaptés

⁷ Unité d'hébergement renforcée

⁸ Unité pour personnes âgées vieillissantes

⁹ Accueil de jour

¹⁰ Accueil de nuit

¹¹ 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	Observations ou commentaires	Constat EIR
	La conformité aux conditions de l'autorisation Le nombre de résident-e-s accueillis à l'EHPAD est de 97 le 06/02/2023, 5 nouveaux résident-e-s arrivent en mars 2023, soit 102 résident-e-s.	
1.1.1.2	Le nombre de places en hébergements permanents est de 99 et d'hébergements temporaires de 5. Un arrêté en cours de signature va autoriser la transformation des hébergements temporaires en hébergements permanents soit 104 places en tout. Le taux d'occupation est de 98%. L'établissement a mis en place un PASA de 14 places.	
1.1.2.2	Le projet de service du PASA Le projet de service spécifique au PASA a été rédigé (4 pages) et détaille les points suivants : - Conditions d'admission et de sortie - Modalités de fonctionnement avec le planning horaire d'une journée type - Les ateliers thérapeutiques et les activités sociales	
1.1.3.1	Le classement par Gir Proportion GIR 1 à 3 : [REDACTED] Proportion GIR 1 à 2 : [REDACTED] Ces proportions sont conformes à la réglementation.	

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement L'établissement a transmis à la mission un règlement de fonctionnement en date du 31 décembre 2020. Ce document correspond à l'annexe 1 du contrat de séjour.	
1.2.1.2	Son contenu aborde l'ensemble des dispositions obligatoires prévues dans le CASF est donc conforme à la réglementation en vigueur.	
1.2.1.4	Le projet d'établissement L'établissement a fourni à la mission un projet d'établissement formalisé. Cependant, sa date de validité allait de mai 2016 à avril 2021. Celui-ci n'est donc plus en cours de validité.	Ecart n°1 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Cependant, le compte-rendu CVS du 5 décembre 2022, mentionne qu'il est prévu de refaire le prochain projet d'établissement 2023-2027, au cours du premier semestre 2023.	
1.2.1.5	De plus, aucune signature n'est présente sur le document transmis. Le contenu du projet d'établissement est conforme à la réglementation en vigueur. Il comprend un projet de soin bien détaillé. Il a été travaillé et élaboré dans une démarche participative avec des groupes de travail incluant l'engagement des professionnels de l'établissement.	
1.2.1.6	Le plan bleu L'établissement a rédigé un plan bleu. La dernière mise à jour date du 12 octobre 2022. Ce plan ne décrit que les risques de canicule et de grippe et ne comporte pas de : • procédure en cas de rupture de flux (électricité, eau potable, ...) • procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement • procédure de rappel du personnel • procédure de gestion des décès massifs • procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu.	Remarque n°1 : le plan bleu n'est pas suffisamment détaillé sur la gestion des crises en particulier sur l'évacuation de l'établissement, les défaillances énergétiques, les risques infectieux...) Il ne décrit que les risques de canicule et de grippe.
1.2.2.1	La direction de l'établissement Un directeur est en poste à temps plein au sein de l'établissement. Celui-ci apparaît bien dans l'organigramme fourni à la mission en date du 20 janvier 2023. Cet organigramme indique les liens hiérarchiques et fonctionnels, En revanche, n'y figure pas les équivalents temps plein. Seuls les ETP PASA ont été transmis dans un tableau à part.	Remarque n°2 : L'organigramme transmis à la mission ne présente pas le nombre d'ETP par poste.
1.2.2.6	L'établissement a fourni à la mission une fiche de poste du directeur.	
1.2.2.7	Les diplômes du directeur sont conformes à la réglementation. Il dispose des diplômes suivants : - Une maîtrise des sciences économiques mention économie du travail et des ressources humaines - Un diplôme d'étude supérieure en économie et gestion du système de la santé - Programme de formation continue sur le cycle d'enseignement supérieur des affaires. -	
1.2.2.8	Les astreintes Un planning d'astreinte a été fourni par l'établissement. Il s'agit d'une organisation mise en place afin de favoriser le droit à la déconnection des directeurs d'établissement et permettre des relais de management pour le pilotage des établissements 717. Ce système mis en œuvre en novembre 2019, a été construit sur un groupe de travail d'une dizaine de directeurs qui se sont réunis plusieurs fois. Avant cela, l'évaluation externe réalisée en juillet 2016 mentionnait : « Une astreinte administrative est assurée par le directeur de l'établissement (astreinte informelle) ». Les astreintes sont assurées par les directeurs de 3 établissements dont le canal des maraichers, un EHPAD à Charenton et un à Saint Mandé. Elles se déroulent du lundi au dimanche.	
1.2.2.10	Une subdélégation de pouvoir et de signature entre le directeur de l'établissement et le directeur territorial de la fondation a bien été transmis à la mission. Elle est signée par les deux parties en date du 27 février 2020.	
1.2.2.12	L'infirmière référente L'organigramme mentionne bien la présence d'une cadre de santé sans préciser son équivalent temps plein.	

10/30

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	En revanche le contrat de travail à durée indéterminée de la cadre de santé a lui bien été fourni. La mission note que la cadre de santé actuellement en poste a été recrutée en octobre 2013, pour 151,67h mensuelles, équivalent à 1 ETP. Il a bien été signé par les deux parties. A cela s'ajoute une fiche de poste. La professionnelle dispose du : - Diplôme d'état d'infirmière obtenu en 1989 - Diplôme d'état de cadre de santé obtenu en juin 2009. La professionnelle dispose d'un numéro ADELI faisant suite à l'inscription de son diplôme auprès de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Elle dispose également d'une inscription au tableau de l'ordre national des infirmiers en date du 21 octobre 2021.	
1.2.2.14	Le médecin coordonnateur Un médecin coordonnateur est inscrit sur l'organigramme transmis par l'établissement sans que son temps de présence ne soit inscrit. En revanche, le contrat de travail à durée indéterminée à temps partiel du médecin coordonnateur a bien été fourni par l'établissement à la mission. Il y est mentionné qu'il a été recruté le 3 janvier 2019 (contrat signé le 31 octobre 2018) pour un temps de travail de 91 heures mensuelles équivalent à 0,6 ETP et conforme à la réglementation au vu du nombre de résident. Il est mentionné que ses jours de présence seront les mardis, jeudis et vendredis. Ce contrat est signé par chacune des deux parties. Un avenant à ce contrat a été rédigé le 11 septembre 2020 mais n'a pas été transmis à la mission.	
1.2.2.15	Selon l'organigramme, la résidence dispose également d'un médecin prescripteur dont ses modalités contractuelles ne sont pas connues par la mission. La fiche de poste du MedCo a été transmise à la mission. Le MedCo dispose des diplômes suivants : - Docteur en médecine obtenu en 1992 à la faculté de Constantine en Algérie - Capacité de médecine en gériatrie obtenue en janvier 2012 à l'université de Paris 12 Le MedCo est bien inscrit au tableau de l'ordre des médecins dont l'attestation en date du 27 octobre 2014 a bien été adressée à la mission. D'autres diplômes figurent dans le contrat de travail du MedCo mais ils n'ont pas été fournis à la mission. - DU nutrition thérapeutique et vieillissement - DIU maladies cardio-vasculaires du sujet âgé - Qualification de spécialiste en gériatrie	

Animation et fonctionnement des instances

N°/GAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Le conseil de vie sociale Un conseil de vie sociale existe bien dans l'établissement, il se réunit 3 fois par an. Au vu des comptes rendus fournis par l'établissement la composition est conforme à la réglementation avec les 3 collèges représentés.		
1.3.3.1	La date des dernières élections n'est pas connue de la mission et le règlement intérieur ne précise pas le délai réglementaire des mandats allant d'un an à 3 ans maximum. D'après le compte-rendu CVS du 5 décembre 2022, les membres du CVS seraient associés à la construction de certaines parties du prochain projet d'établissement. Le règlement intérieur du CVS du 3 avril 2019 stipule que les ordres du jour sont établis par le président du CVS, les modalités de communication y sont précisées. Lors du dernier CVS du 5 décembre 2022, la nouvelle réglementation entrée en vigueur le 1 ^{er} janvier 2023 a été présentée aux membres.	Remarque n°3 : le règlement intérieur du CVS ne précise pas les délais réglementaires des mandats.
1.3.3.2	Au vu des comptes rendus des CVS transmis par l'établissement (1 en 2021 et 3 en 2022), les événements graves ainsi que les mesures correctives ne sont pas présentés lors des CVS.	Ecart n°2 : En ne présentant pas de bilan des événements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF.

Gestion de la qualité

N°/GAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
La démarche qualité Il existe bien un PACQ transmis à la mission, datant du 8 novembre 2022. Au vu du tableau de suivi, de nombreuses actions n'ont pas été réalisées dans les échéances prévues.		
1.4.1.7	Le projet d'établissement mentionne l'organisation d'un comité de pilotage qualité et gestion des risques animé par le directeur. La restauration est sous-traitée. Elle a été évaluée lors de l'évaluation externe de juillet 2016. Le bio-nettoyage, et l'entretien de la lingerie sont réalisés en interne et ont été évalués lors de l'évaluation externe de juillet 2016.	Remarque n°4 : Au vu du tableau de suivi, de nombreuses actions du PACQ n'ont pas été réalisées dans les échéances prévues.
1.4.2.1	Les évaluations interne et externe Une évaluation externe a été réalisée en juillet 2016 et une évaluation interne en 2020. Ces évaluations n'ont pas été transmises à l'ARS/DD75 et la Ville de Paris. Le tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) transmis ne permet pas de connaître l'ensemble des actions engagées suite au rapport d'évaluation externe, ni de connaître si l'ensemble des actions préconisées par l'évaluation externe ont été suivies d'effet.	Ecart n°3 : Les évaluations externes et internes n'ont pas été transmises aux autorités de tutelle ce qui contrevient à l'article L312-8 du CASF
1.4.3.1	La promotion de la bientraitance Le rapport de l'évaluation externe de juillet 2016 recommande : D'associer l'ensemble des corps de métiers présents aux actions et réflexions en liens avec la Bientraitance	Remarque n°5 : La sensibilisation des professionnels à la promotion de la bientraitance

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	- De former régulièrement les équipes sur cette thématique - De formaliser l'évaluation des risques de maltraitance au plan individuel et institutionnel - D'organiser des analyses de pratiques sur le thème de la bientraitance avec un intervenant extérieur - D'informer régulièrement l'ensemble des équipes sur leur obligation de signalement Le projet d'établissement consacre tout un chapitre sur le sujet de la bientraitance et précise qu'une charte bientraitance a été réalisée par l'équipe soignante sous format d'une bande dessinée avec l'aide d'un psychologue extérieur. Le planning de formation de 2022 fourni mentionne qu'une personne a été formée au sujet de la Bientraitance et de la lutte contre la maltraitance. Le planning prévisionnel de 2023 prévoit la formation d'une autre personne sur ce sujet. D'après les documents fournis pour ce contrôle sur pièces, il n'existe pas de plan de soutien des personnels formalisé. Le livret d'accueil des nouveaux professionnels défini et mentionne la maltraitance à l'aide de l'annexe 5 - le « savoir être » à la résidence le canal des Maraichers.	n'apparaît pas suffisamment dans le plan de formation transmis.
1.4.3.2	Il existe une procédure permettant la déclaration d'Événements Indésirables Graves (EIG) aux autorités de tutelle. La liste des EIG transmis ne fait pas aux situations de violences ou harcèlements sexuels. Il existe une procédure permettant la déclaration d'EIG aux autorités de tutelle. La liste des EIG transmis ne fait pas référence aux situations en cas d'agression.	
1.4.3.3		

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Gestion des risques Il est noté dans le projet d'établissement que « Le questionnaire de satisfaction du résident et du proche, les fiches d'événements indésirables, la gestion des plaintes et les conseils de la vie sociale permettent d'ajuster l'organisation de la résidence. » et que : « Le recueil des plaintes permet également de corriger l'accompagnement des personnes âgées. » Selon la notice d'information, « des fiches de suggestions ou de réclamations sont mises à disposition devant l'accueil auprès des résidents et des proches de résidents. Une fois remplie, la fiche doit être déposée dans la boîte à lettre de l'accueil. Ces fiches sont ensuite traitées et une restitution est faite en CVS. » 7 de ces fiches remplies ont été transmises à la mission mentionnant par écrit pour chacune d'elle la suite donnée à l'événement. Dans le plan d'action du 8 novembre 2022 les actions suivantes y figurent : - Procédure réclamation et fiches suggestion/réclamation mises à disposition à l'accueil - Pérenniser les enquêtes de satisfaction spécifiques au PASA - Réaliser les enquêtes de satisfaction tous les ans L'enquête de satisfaction 2021 a bien été adressée à la mission.	
1.5.1.1		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	La procédure de déclaration des événements indésirables L'établissement a transmis à la mission une procédure intitulée « événements indésirables et signalements » datant de mars 2022 et mise à jour en aout 2022. Dans cette procédure il est inscrit que les EI/EIG sont déclarés sur EIG PILOT et aux tutelles si nécessaire. Le plan de développement des compétences fourni ne mentionne pas les formations internes mais uniquement les formations externes. Deux formations dispensées en interne par le directeur de l'établissement auprès des salariés ont eu lieu le 31 mars 2022 et le 7 avril 2022. Sur les feuilles d'embarquement transmises, 14 salariés ont participé à la session du mois de mars et 16 ont participé à la session du mois d'avril. Les modalités de signalement en interne se font sur le logiciel NETSOINS. Les modalités suivies des EI sont spécifiées dans la procédure.	
1.5.1.3	Dans le plan d'action qualité transmis, figurent les actions suivantes : - Utilisation des EI sur NET soins - Réaliser l'analyse des causes en codir	
1.5.1.5		
1.5.1.6	L'établissement a remis à la mission la liste de 3 signalements envoyés aux autorités en 2022 avec leurs RETEX. Néanmoins, les informations transmises sont insuffisantes pour étudier l'analyse des RETEX.	Remarque n°6 : Les RETEX sur les EIG ne sont pas suffisamment approfondis et formalisés.

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	La composition de l'équipe pluridisciplinaire Selon la liste des effectifs fournie, l'équipe pluridisciplinaire titulaire est composée de : - postes d'AES - postes d'AS - postes d'AS nuit - postes d'ASG PASA - postes d'ASL soins - postes d'IDE - postes d'ASL logistique - postes d'OSL logistique - poste de psychomotricien - poste de psychologue - poste de cadre de santé	
2.1.1.1		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
- poste de directeur - poste de responsable cadre de vie - postes d'assistant - poste d'employé - poste d'animateur - poste de médecin coordonnateur	Une liste conséquente de 112 vacataires et intérimaires pluridisciplinaires a également été transmise à la mission. Attention, celle-ci a été envoyée avec les numéros de téléphone des professionnels ce qui ne respecte pas le RGPD. L'équipe pluridisciplinaire semble être conforme à la réglementation. Le registre du personnel fourni de 2016 à 2021 ne permet pas de connaître la quotité de travail pour les temps partiels, ni de connaître les entrées-sorties après 2021. Malgré les plannings fournis, la mission ne peut pas connaître l'ensemble des ETP prévisionnels et réels de l'établissement. Selon la liste des effectifs transmise, les postes à pourvoir sont les suivants : - 2 postes d'AS - 2 postes d'ASL soins - 1 poste de psychomotricien PASA (2024)	
2.1.1.3	Le taux de rotation du personnel En fonction des dates d'entrées de la liste des effectifs au moment de l'inspection, ci-dessous une répartition du nombre d'entrée par année : - entrées en 2023 - entrées en 2022 - entrées en 2021 - entrées en 2020 - entrées en 2019 - entrées en 2018 - entrées en 2017 - entrées en 2016 - entrées en 2015 - entrées en 2014 - entrées en 2013 - entrées en 2012 - entrée en 2011 - entrée en 2009 La mission constate une belle stabilité des équipes avec quasiment [REDACTED] des équipes présentes à ce jour arrivées en 2017 et avant. A l'analyse des plannings, la mission observe que sur le mois de mars, [REDACTED] Toutefois, les plannings ayant été édités le 7 février, il est fortement possible que des absences imprévues viennent perturber cela. Les analyses du mois de mars sont donc sous conditions.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les plannings du PASA ne comportent aucun CDD pour l'ensemble des trois mois. Il s'agit d'une équipe stable ce qui est bénéfique pour l'accompagnement des personnes atteintes de troubles du comportement et maladie d'Alzheimer ou apparentée. Les plannings des ASL comportent [REDACTED] pour les mois de janvier et février et des ASL étages compotent [REDACTED] pour les mois de janvier et février et aucun pour le mois de mars. Il s'agit là encore d'une équipe stable avec très peu de remplacement. Les plannings des IDE comporte respectivement [REDACTED] pour les mois de janvier et février et aucun pour le mois de mars. Tous les postes d'IDE sont pourvus ce qui au vue de la conjoncture actuelle est une belle marque de fidélisation des équipes. Le planning des soignants de nuit comporte respectivement [REDACTED] pour les mois de janvier et février et aucun pour le mois de mars. Le planning des soignants de jour comporte : • Pour le mois de janvier : Etage 1 : [REDACTED] Etage 2 : [REDACTED] Etage 3 : [REDACTED] Etage 4 : [REDACTED] Etage 5 : [REDACTED] → Pour les étages 1, 2 et 3, la part de CDD est quasiment équivalente à la part de CDI. Alors que pour les étages 4 et 5, la part de CDD est bien supérieure à la part de CDI. • Pour le mois de février : Etage 1 : [REDACTED] Etage 2 : [REDACTED] Etage 3 : [REDACTED] Etage 4 : [REDACTED] Etage 5 : [REDACTED] → Pour les étages 1, 2 et 3 la part de CDD est légèrement [REDACTED] la part de CDI. Alors que pour les étages 4 et 5, la part de CDD est légèrement [REDACTED] à la part de CDI. La mission relève que les plannings les moins stables sont ceux des [REDACTED] dus en particulier à des absences de longue durée de certains professionnels.	
2.1.1.6	Le recrutement par intérim La mission relève que les CDD sont des vacataires récurrents. Selon les bordereaux transmis, l'établissement a fait appel à l'intérim pour 3 dates sur le mois de janvier concernant des remplacements d'IDE (même IDE sur les trois dates).	
2.1.2.1	Le plan de développement des compétences Le plan de formation n'intègre pas les mini formations réalisées en interne. Elles sont recensées dans le RAMA avec la participation de MedCo et de la cadre de santé.	
2.1.2.5	Les plannings de formation fournis (2022 et 2023) indiquent que certains professionnels ont accès à des formations externes et des formations diplômantes.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'accueil des nouveaux professionnels Le livret d'accueil est remis à tout nouveau salarié, il est complété d'annexes notamment sur le savoir être et la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Une semaine de tutorat est par ailleurs organisée pour les professionnels, entre pair ou par le responsable de service. La planification des professionnels Selon les planning transmis, la mission lit qu'il y aurait en théorie : - AS/AES sur le 1^{er} étage - AS/AES sur le 2^{ème} étage - AS/AES sur le 3^{ème} étage - AS/AES sur le 4^{ème} étage - AS/AES sur le 5^{ème} étage → Ce qui représente un total de ■ AS/AES par jour Les fiches de tâches heurées de ces professionnels ont bien été transmises à la mission avec 1 fiche de tâche pour : - AS/AMP 7h15-18h45 au 1^{er} et 2^{ème} étage - AS/AMP 9h30-21h au 1^{er} et 2^{ème} étage - AS/AMP 7h15-18h45 au 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} étage - AS/AMP 9h30-21h au 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} étage Mais à cela s'ajoute les ASL soins comme mentionnés sur la liste des effectifs dont la fiche de tâche a également été transmise : - ASL soins 8h-20h au 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} étage Sans l'affirmer, la mission analyse qu'il y'a par jour : - 1^{er} étage – 16 chambres : • ■ AS/AES de 7h15 à 18h45 et de 9h30 à 21h → Pas d'ASL soin sur cet étage selon les fiches de tâches (le planning ne permettant pas déterminer où ces professionnels sont positionnés) - 2^{ème} étage – 16 chambres : • ■ AS/AES de 7h15 à 18h45 et de 9h30 à 21h → Pas d'ASL soin sur cet étage selon les fiches de tâches (le planning ne permettant pas déterminer ou ces professionnels sont positionnés) La mission ne sait pas expliquer pourquoi il y a une AS/AES de plus sur le 1^{er} étage alors que les deux étages comportent le même nombre de chambre. Cela est peut-être dû à la répartition des GIR. - 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} étage – 24 chambres chacun • ■ AS/AES de 7h15 à 18h45 et de 9h30 à 21h → Au moins ■ ASL soins de 8h à 20h pour ces 3 étages. Probablement plus, mais ni les plannings, ni les fiches de tâches ne permettent de le déterminer. En revanche dans la liste des effectifs transmise ■ professionnels sont identifiés comme ASL soins avec ■ sur le 4^{ème} étage et ■ sur le 5^{ème} étage ce qui porterait à ■ le nombre de professionnels sur les étages 4 et 5 mais qu'en serait-il du 3^{ème} étage qui comporte lui aussi 24 chambres.	

2.1.4.5

Remarque n°7 : Les légendes des plannings ne sont directement pas compréhensibles en particulier pour tout nouvel arrivant.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les roulements semblent conformes avec le minima des deux jours de repos consécutifs toutes les deux semaines. Concernant la lisibilité des plannings, les codes des jours travaillés ne permettent pas de connaître les horaires des professionnels. La mission ne peut donc pas analyser le respect légal du nombre d'heure travaillé par semaine et par mois. Les légendes couleur sont indiquées mais certaines couleurs sont quasi identiques pour deux significations différentes type « travaillé dans un autre service » et « travaillé + absence dans un autre service ». Il manque des légendes pour les codes type « ATRR, AAQ » etc. D'autant que le code « ATRR » est de couleur orange qui est légendé comme du « télétravail » mais comme il s'agit de soignant, la mission suppose que cela ne correspond pas. Les autres codes type « CPAR, MAL, RCF, EFM » ont pu être déduits par les membres de la mission.	
2.1.4.2	Les fiches de tâches heurées de l'équipe soignante Comme évoqué supra, le personnel dispose bien de fiches de tâches heurées qui ont été transmises à la mission. Elles décrivent de façon lisible la liste des activités pour chaque poste par groupe d'heure et concernent les IDE, les AS/AMP ainsi que les ACV. Mais ce poste n'est pas dénommé ainsi dans la liste des effectifs ni dans les plannings fournis. Ils y sont dénommés « ASL ». La mission suppose qu'il s'agit des mêmes professionnels.	
2.1.4.4	Les glissements de tâches Dans la liste des effectifs transmise, ■ ASL sont identifiés comme étant des « ASL SOINS ». La mission ne sait pas quels diplômes détiennent ces professionnels mais il semblerait qu'ils ne disposent pas des qualifications requises pour effectuer des actes de soin au même titre que les AS et AES. La mission se questionne sur les qualifications des ASL soins. Car à la lecture des fiches de tâches, leurs missions ne diffèrent pas des AS/AES en termes de distribution et surveillance de traitement, de soins d'hygiène et de pose de bas de contention veineuse. A l'exception des aides à la toilette, ces missions doivent être réalisées par des AS/AES excepté la distribution et surveillance de traitement, ainsi que la pose de bas de contention veineuse qui ne peuvent être déléguées qu'à des AS diplômées. Cela laisse donc supposer que plusieurs glissements de tâches se font auprès de professionnels n'en disposant les qualifications requises.	Ecart n°4 : En affectant à des postes de soins des personnels qui n'en ont pas la qualification, l'établissement met en péril la sécurité des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3, 1° du CASF. Remarque n°8 : Le glissement de tâche des « ASL SOINS » exerçant certaines missions d'aide-soignant est acté par la rédaction de fiches de tâche heurée spécifiques ce qui légitime une pratique illégale.
2.1.4.7	Le remplacement des absences imprévues Une procédure appelée « Tableau d'Organisation des remplacements en cas d'absence AS-AMP » en date du 4 août 2021 a bien été transmise à la mission. Elle explique la réorganisation à effectuer par jour du lundi au vendredi + samedi/dimanche en cas d'absence de poste dans chaque étage.	
2.1.4.10	La qualification des professionnels de soins de nuit et de week-end L'établissement a transmis à la mission les diplômes des ■ AS intervenant la nuit.	

Prise en charge

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.1.1.1	La procédure d'admission Il existe une procédure d'admission dont la dernière mise à jour date du 10 février 2023. Le RAMA 2022 stipule qu'il existe une commission d'admission regroupant le MedCo, le directeur, la cadre de santé et le psychologue. Il y est également mentionné que MedCo n'a émis aucun refus au cours de l'année 2022. Selon la réponse au questionnaire adressé à la direction, il est noté que médecin est sollicité si le dossier médical est incomplet ou s'il faut des informations complémentaires. La réalisation des évaluations multidimensionnelles n'est pas mentionnée dans la procédure d'admission.	
3.2.1.2	Sur 6 nouveaux entrants en 2022 la mission compte sur l'ensemble de l'année 2022, la réalisation de : - 19 test Norton tous réalisés le 16 janvier 2022 - 103 MMSE - 11 AGGIR En revanche, la mission ne compte aucune évaluation pour le risque de chute, les troubles de la déglutition. Et les évaluations Norton réalisées toutes sur le mois de janvier, montrent qu'elles ne sont pas systématiquement réalisées lors de l'entrée de nouveaux résidents.	Ecart 5 l'évaluation multidimensionnelle n'est pas réalisée systématiquement (missions du médecin coordonnateur, article D312-158, 4° du CASF)
3.1.3.3	Le référent du projet de vie individualisé La procédure PVP indique que chaque résident-e a un-e « référent-e soignant » désigné-e à l'entrée par la cadre de santé. Il y a en moyenne « 6 à 7 résidents par référent ». Le référent soignant, l'animatrice, le psychologue contribuent à la rédaction du PVP avec le concours du proche ou représentant légal qui signe le PVP pour donner son accord. La procédure prévoit l'évaluation du PVP au moins chaque année et sur un délai plus court si l'état du résident le nécessite. A la lecture du livret d'accueil, il est mentionné que le résident sera amené à participer à l'élaboration de son projet de vie personnalisé.	
3.1.4.4	La commission gériatrique La dernière commission de coordination gériatrique s'est réunie le 13 décembre 2019 (compte-rendu fournis). La liste d'émargement n'a pas été transmise. Les documents fournis ne permettent de pas de savoir si la CCG s'est réunie depuis 2019. Il y a des réunions de transmissions pluridisciplinaires régulières dont les feuilles d'émargement ont été transmises.	Ecart n°6 : L'absence de réunion de la commission de coordination gériatrique contrevient à l'article D312-158 3° du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
Les médecins traitants Tous les résidents ont un médecin traitant identifié (cf : liste des intervenants au Canal des maraîchers) : ■ médecins généralistes et gériatres interviennent pour les 102 résident-e-s.		
3.1.4.5	Les pièces fournies par l'établissement pour ce contrôle sur pièce ne mentionnent aucune information sur les autres professionnels médicaux extérieurs à l'établissement. La réponse du questionnaire adressé à la direction mentionne que « les médecins libéraux accèdent à NETSOINS sur le site ou à distance » Les médecins traitants utilisent Netsoins pour les consultations et saisir les prescriptions extérieures à l'établissement.	
2.5.4.3	Les systèmes d'appel Il existe un système d'appel malade pour les résidents dans leur chambre. Le relevé transmis ne permet pas de localiser si des appels malades sont installés dans les cabinets de toilette et lieux communs. Ni de vérifier si les délais de réponse sont raisonnables.	

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
3.2.2.2 3.2.2.5	Le livret d'accueil du résident Le livret d'accueil présente l'établissement et comporte en annexes le règlement de fonctionnement, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, la notice d'information sur la personne de confiance. Le recours à une personne qualifiée est indiqué mais peu expliqué. Les mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir sont annexées au contrat de séjour.	
3.2.3.1	La procédure relative aux contentions Il existe un protocole spécifique aux contentions décrivant entre autre les modalités de prescription médicale. L'ensemble des contentions transmises font toutes l'objet d'une prescription médicale soit par le médecin coordonnateur, soit par le médecin prescripteur. Toutes les contentions présentent un motif de mise en place à l'exception de 6 contentions qui n'en présentent pas. Toutes les contentions ont fait l'objet d'une recherche de consentement à l'exception de 3 contentions qui ont été mises en place en « urgence » selon les documents transmis. Le RAMA compile les contentions et précise la réévaluation mensuelle.	

Soins

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.8.2.9	La convention avec une officine L'établissement a transmis une convention avec une pharmacie d'officine signée le 21 décembre 2011. Cette convention est valable 3 ans et renouvelable par tacite reconduction. L'établissement a transmis que les médecins traitants ont accès à Netsoin sur site et à distance et qu'ils y effectuent les prescriptions médicales. Et la convention stipule de veiller à la sécurisation des échanges d'information. Elle indique également que lorsque les copies d'ordonnances sont transmises, les originaux doivent être présentés lors de la livraison pour apposer les mentions réglementaires. Les conseils thérapeutiques et les observations entre EHPAD et officine, sont bien inscrits dans l'article 17 de la convention sur les engagements du pharmacien référent.	
3.8.2.22	La délégation d'administration des médicaments Les médicaments sont préparés par le préparateur en pharmacie directement sur l'établissement dans des piluliers contrôlés par les IDE du week-end. Cette préparation permet d'organiser une distribution des traitements par les AS/AMP/AES comme stipulé dans le protocole du circuit du médicament comme suit : MATIN : Distribution par les AS - AMP sur tous les étages. MIDI : Distribution par les AS - AMP au 1er et 2ème étage + IDE en salle à manger du RDC. SOIR : Distribution par les IDE au 3ème et 4ème étage + AS - AMP au 1er, 2ème et 5ème étage. NUIT : Distribution par les AS - AMP. Les IDE administrent les formes non autorisées par AS - AMP sur tous les étages sur chaque temps de distribution avec leur propre chariot. Les autres formes (injections, dispositifs transdermiques, collyres, sirops, gouttes buvables, pommade) sont distribuées par l'IDE uniquement. Cela est confirmé dans les fiches de poste des AS et AMP concernées par cet acte. La fiche de tâche de l'IDE, son rôle dans la distribution des médicaments est stipulé comme suit : Distribuer les traitements sur les étages ou se trouvent des salariés CDD ou en cas d'absence d'un salarié Assurer les prélèvements capillaires (dextro) Assurer les insulinothérapies Distribuer les traitements buvables (gouttes), collyres, injectables, spray, aérosols Vérifier les prises de traitement auprès des AS - AMP L'établissement a également transmis à la mission la liste des AS/AES/AMP habilités à distribuer les médicaments. Et le RAMA précise que le MedCo effectue des formations internes sur le circuit du médicament.	
3.8.2.24	Le protocole de dépistage et de lutte contre la douleur L'établissement possède un protocole de dépistage contre la douleur datant de février 2019. 63 évaluations douleur ont été réalisées en 2022. Le nombre d'évaluation douleur est insuffisant au regard du nombre de résidents présents sur l'année 2022. La mission note qu'aucune évaluation n'a été réalisée 3 mois dans l'année, que seulement 26 évaluations concernent des résidents différents et de nombreuses évaluations concernent les mêmes résidents. - Janvier → 7 évaluations - Février → 2 évaluation	Ecart n°7 : L'évaluation et le suivi de la douleur des résidents ne sont pas suffisamment organisés ni tracés, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	- Mars → Aucune évaluation - Avril → 22 évaluations - Mai → 10 évaluations - Juin → 8 évaluations - Juillet → 1 évaluation - Août → Aucune évaluation - Septembre → 10 évaluations - Octobre → Aucune évaluation - Novembre → 2 évaluations - Décembre → 1 évaluation.	
3.8.2.25	Le protocole relatif aux soins palliatifs La procédure concernant les résidents en fin de vie transmise date de novembre 2022, elle intègre les proches du résident ou la personne de confiance après accord du résident et tient compte des directives anticipées lorsqu'elles ont été recueillies. Le RAMA précise qu'en 2022 l'établissement n'a pas eu recours à l'HAD et a sollicité un réseau ou l'équipe mobile en soins palliatifs une fois en raison de difficulté dans la prise en charge de la douleur. Le RAMA indique également que l'application de cette procédure est contrôlée.	
3.4.3.9	Les pesées L'ensemble des résidents ne sont pas pesés au minimum une fois par mois puisque les synthèses transmises indiquent que sur l'année 2022, 165 pesées ont été réalisées avec en détail : - Janvier → 3 pesées - Février → 16 pesées - Mars → 13 pesées - Avril → 13 pesées - Mai → 12 pesées - Juin → 16 pesées - Juillet → 17 pesées - Août → 15 pesées - Septembre → 11 pesées - Octobre → 16 pesées - Novembre → 15 pesées - Décembre → 18 pesées Selon les IMC transmis, 44 résidents présentent une dénutrition sévère et ne font donc pas l'objet d'un suivi mensuel rigoureux.	Ecart 8 : Le relevé mensuel des poids n'est pas réalisé systématiquement pour tous les résidents et contrevient à l'article L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité).

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
4.2.1.2	Les interventions de personnels médicaux et paramédicaux libéraux Le planning des intervenants paramédicaux transmis par l'établissement permet d'identifier que 6 kinés interviennent sur l'établissement auprès de 76 résidents. Ils sont présents chaque jour de la semaine. Par ailleurs, une orthophoniste, un pédicure et une diététicienne interviennent également dans la structure.	

Récapitulatif des écarts et des remarques

Ecart	
E1	En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF- Page 10
E2	En ne présentant pas de bilan des événements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF - Page 13
E3	Les évaluations externes et internes n'ont pas été transmises aux autorités de tutelle ce qui contrevient à l'article L312-8 du CASF - Page 143
E4	En affectant à des postes de soins des personnels qui n'en ont pas la qualification, l'établissement met en péril la sécurité des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3, 1° du CASF – Page 21
E5	L'évaluation multidimensionnelle n'est pas réalisée systématiquement (missions du médecin coordonnateur, article D312-158, 4° du CASF)- Page 22
E6	L'absence de réunion de la commission de coordination gériatrique contrevient à l'article D312-158 3° du CASF. - Page 23
E7	L'évaluation et le suivi de la douleur des résidents ne sont pas suffisamment organisés ni tracés, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP - Page 25
E8	Le relevé mensuel des poids n'est pas réalisé systématiquement pour tous les résidents et contrevient à l'article L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité) – Page 26

Remarques	
R1	Le plan bleu n'est pas suffisamment détaillé sur la gestion des crises (évacuation, défaillances énergétiques, risques infectieux...) Il ne décrit que les risques de canicule et de grippe - Page 10
R2	L'organigramme transmis à la mission ne présente pas le nombre d'ETP par poste - Page 10
R3	Le règlement intérieur du CVS ne précise pas les délais réglementaires des mandats - Page 13
R4	Au vu du tableau de suivi, de nombreuses actions du PACQ n'ont pas été réalisées dans les échéances prévues – Page 13
R5	La sensibilisation des professionnels à la promotion de la bientraitance n'apparaît pas suffisamment dans le plan de formation transmis – P 14
R6	Les RETEX sur les EIG ne sont pas suffisamment approfondis et formalisés - Page 16
R7	Les légendes des plannings ne sont directement pas compréhensibles en particulier pour tout nouvel arrivant – Page 20
R8	Le glissement de tâche des « ASL SOINS » exerçant certaines missions d'aide-soignant est acté par la rédaction de fiches de tâche heurée spécifiques ce qui légitime une pratique illégale – Page 21

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD «le Canal des Maraichers», géré par «la fondation Partage et Vie » a été réalisé le 6 février 2023 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

Il ressort de ce contrôle que l'établissement dispose d'un trinôme de direction composé d'un directeur, d'un Medec et d'une IDEC. Les équipes de professionnels sont plutôt stables et il existe peu de postes vacants.

Les procédures semblent avoir été travaillées de manière participative ce qui en facilite la bonne appropriation des outils et des pratiques. La prise en charge du résident, de l'admission à la sortie est bien organisée dans le respect des droits et des personnes.

Cependant, la mission a relevé les dysfonctionnements suivants :

- Glissement de taches de soins vers des professionnels non qualifiés
- Absence de commission gériatrique depuis 2019
- Le bilan des EIG n'est pas présenté au CVS
- Insuffisance dans le suivi des évaluations multidimensionnelles, douleur ou les pesées.
- Le projet d'établissement, l'évaluation externe, le plan bleu et le plan d'amélioration de la qualité sont à rédiger, à compléter, ou mettre à jour.

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

Saint Denis, le 28 avril 2023

Dominique GRUJARD Chargée du contrôle des ESMS parisiens Ville de Paris	Cassandra ROCHETTE Chargée du contrôle des ESMS parisiens Ville de Paris	Christel ROUGY Ingénieur du génie sanitaire, ARS Ile-de-France
		

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 reductibles
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 : Dominique Grujard

Madame Dominique GRUJARD, coordinatrice
de la mission d'inspection, chargée du contrôle
des ESMS parisiens, sous-direction de
l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de
Paris

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

Madame Christel ROUGY, ingénieur du génie
sanitaire, Délégation Départementale de Paris,
ARS Île-de-France

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

Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN,
conseillère médicale, Délégation
Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Saint-Denis, le 6 février 2023

Mesdames,

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.

54/55 Quai de la Rapée
75012 Paris
01 55 57 00 00

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
01 41 39 50 00

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur-pièces de l'EHPAD Résidence le Canal des Maraichiers (FINESS géographique 750046809) situé au 138 boulevard Mao Donald - 75019 PARIS, géré par la fondation Partage et Vie, qui sera menée 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.

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Dominique GRUJARD, Coordinatrice de la mission d'inspection, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités ;
- Madame Cassandra ROCHETTE, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités.

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

- Madame Christel ROUGY, ingénieur du génie sanitaire, 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 ;
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, 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 **lundi 6 février 2023**. 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 d'un 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 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.

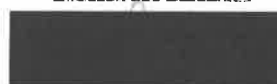
Toutefois, si les constats qui seront faits sont susceptibles de conduire à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du code de l'action sociale et des familles, une proposition de mesures adaptées nous sera transmise dans les meilleurs délais.

La Directrice générale de l'Agence régionale
de santé d'Île-de-France et, par délégation,
Le directeur départemental de Paris



Tanguy BODIN

Pour la Maire de Paris et par délégation,
L'adjointe à la sous-directrice de l'Autonomie
Direction des Solidarités



Servanne JOURDY

Annexe 2 : Liste des documents demandés

EHPAD Le Canal des Maraichers Contrôle sur-pièces

LISTE DES PIECES DEMANDEES

Cette liste indicative est exhaustive et peut couvrir des thèmes de contrôle sur lesquels votre établissement n'est pas sollicité. Merci de bien vouloir vous reporter aux questionnaires sur collecte-pro pour avoir la liste précise des documents vous concernant.

N°	Nature des documents demandés	Document transmis
1	Grilles de suivi des taux d'occupation et nombre de journées réalisées pour chaque activité (hébergement permanent, hébergement temporaire, PASA et UHR) pour l'année N-1 et le jour du contrôle	X
2	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)	X
3	Projet spécifique du PASA	X
4	Dernier programme d'activités du PASA	X
5	Le diplôme du personnel intervenant en PASA	X
6	Le projet spécifique d'hébergement temporaire	Non concerné
7	Règlement de fonctionnement	X
8	Plan des locaux de l'établissement	X
9	Projet d'établissement	X
10	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)	X
11	Organigramme	X
12	Diplôme du directeur de l'EHPAD	X
13	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD	X
14	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	X
15	Procédures et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)	X
16	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois	X
17	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	X
18	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	X
19	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, 3 derniers bulletins de salaires	X
20	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS	X
21	Les comptes rendus des CVS N et N-1	3 en 2022, 1 en 2021
22	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation	X
23	Dernière évaluation externe	X
24	Dernière évaluation interne	X
25	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2	X
26	Registre des plaintes et réclamations	Procédure
27	Les trois dernières réclamations et leur traitement	X
28	Procédure de gestion des événements indésirables	X
29	Procédure de déclaration externe des dysfonctionnements graves	X
30	Liste des signalements à l'ARS et/ou Ville de Paris	X
31	Les deux derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les deux derniers EIG	X
32	Registre du personnel N-1 & N-2	X
33	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	X
34	Bordereaux de mission des personnels intérimaires pour le mois précédent	X
35	Plan de développement des compétences (formation) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1	X

36	Feuilles d'émargement N-1 et N de l'établissement	Non concerné
37	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)	X
38	Tableau du personnel des unités PASA ou UHR (excel)	X
39	Les attestations de formation ou de qualification relatives à la prise en charge des maladies neuro-dégénératives du personnel dédié à ces unités	X
40	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit	X
41	Une fiche de tâches heurées, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AMP, AES, ASG, IDE	X
42	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	X
43	Liste des professionnels à contacter en cas d'absence	X
44	Procédure d'admission des résidents	X
45	Les 2 derniers CR et feuilles d'émargement de la commission de coordination gériatrique	X
46	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	X
47	Relevé des appels malade du mois M-1	X
48	Procédure d'élaboration et d'actualisation du PAI	X
49	Livret d'accueil du résident	X
50	Contrat de séjour d'un résident et ses annexes	X
51	Procédure relative aux contentions (liste anonymisée des résidents sous contention)	Liste non anonyme
52	RAMA	X
53	Convention pharmacie EHPAD	X
54	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	X
55	Liste des personnes concernées par la délégation de l'administration des médicaments sur le semestre en cours	X
56	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	X
57	Préciser les évaluations réalisées au cours de l'année N-1 avec les échelles utilisées, les scores obtenus et le nom des résidents concernés	X
58	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	X
59	Préciser les évaluations réalisées au cours de l'année N-1 avec les échelles utilisées, les scores obtenus et le nom des résidents concernés en soins palliatifs	X
60	Procédure de construction et de suivi du Projet de soins des résidents et le calendrier sur l'année N-1	X Pas de calendrier
61	Relevé des pesées, avec indication des écarts de pesée observées, le relevé des IMC, le relevé des albuminémies, le relevé des résidents sous CNO, pour tous les résidents accueillis dans la structure en année N-1	X
62	Les évaluations gériatriques réalisées : nature et résultat des évaluations réalisées, tous résidents en année N-1	X
63	Extraction du dossier de soins informatisé de trois résidents : DLU, projet de soin, relevé des soins, des observations médicales et paramédicales sur le trimestre T-1	X
64	Le planning des intervenants paramédicaux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) : avec indication pour chaque professionnel de son identité, sa qualification, le nombre de résidents pris en charge sur le trimestre t-1	X
65	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	X