

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

« Perray Vaucluse »

Adresse BP 13, 91360 Epinay-sur-Orge

N° FINESS 910017250

RAPPORT DE CONTRÔLE

N° 2023_IDF_00237

Contrôle sur pièces du 13/03/2023

Mission conduite par

- Firyel ABDELJAOUAD, coordonnatrice 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.133-2 du CASF par la Ville de Paris
- Madame Christel ROUGY, ingénieur du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France,
- Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France,
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris de l'Agence Régionale de Santé d'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 de contrôle.....	6
Modalités de mise en œuvre	6
Présentation de l'établissement.....	7
Constats.....	10
Gouvernance	11
Conformité aux conditions de l'autorisation	11
Management et Stratégie.....	12
Animation et fonctionnement du Conseil de Vie Sociale (CVS).....	15
Gestion de la qualité	16
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	18
Fonctions support.....	21
Gestion des ressources humaines	21
Prises en charge.....	29
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	29
Respect des droits des personnes	32
Soins.....	33
Relations avec l'extérieur.....	35
Coordination avec les autres secteurs.....	35
Récapitulatif des écarts et des remarques	36
Conclusion	39
Glossaire.....	41
Annexes	42
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	42
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	44

Synthèse

Données générales sur l'établissement

Nom	EHPAD Perray Vaucluse	Capacité hébergement permanent	96
Adresse	BP 13, 91360 Epinay sur Orge	Places habilitées aide sociale	96
Gestionnaire	GHUPNPN	Présence d'une UVP	NON
Statut juridique	Public	Places en UHR	0
		Places en PASA	0

Les négociations pour la signature d'un CPOM ont débuté en 2022.

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 13 mars 2023 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé le 6 mars 2023.

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 :

GOUVERNANCE

Management et Stratégie

L'établissement s'est doté d'outils de management, notamment par la rédaction d'un règlement de fonctionnement, d'un projet d'établissement, d'un plan bleu.

L'équipe médicale est diversifiée [REDACTED]

Les astreintes sont organisées au niveau du GHU.

Animation et fonctionnement des instances

Un CVS est mis en place et se réunit 3 fois par an.

Gestion de la qualité

L'établissement a mis au point un plan d'amélioration continue de la qualité et a mis en place des grilles d'évaluation des pratiques à observer afin de suivre les actions du PACQ.

Il préconise des rendez-vous avec la personne accompagnée en dehors des temps de soin avec l'aide-soignant référent pour évoquer le projet personnalisé.

Un protocole d'accueil des nouveaux salariés, complet, soutenant et proposant des auto-évaluations régulières est mis en place.

Il a formalisé une politique de promotion de la bientraitance en lançant une démarche de labellisation [REDACTED]

La démarche est suivie par un Copil et 3 cadres assurent l'appropriation de la démarche par l'ensemble du personnel. Elle s'accompagne de formations régulières liées au projet.

L'établissement a procédé à une évaluation interne complète.

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

Les procédures établies pour l'ensemble du GHU définissent les objectifs de la déclaration des événements indésirables, garantissent l'anonymat du déclarant comme du résident et mentionne le principe d'une analyse collégiale pour tous les EIAS graves.

FONCTIONS SUPPORT : Gestion des ressources humaines

L'établissement est doté d'un plan de développement des compétences qui a permis à [REDACTED] personnes de suivre au moins une formation entre 2021 et 2023.

La procédure d'accueil des nouveaux salariés transmise est complète et intégrative : elle permet notamment à chacun d'être accompagné pendant 10 mois et de bénéficier de temps d'auto-évaluation réguliers au cours de cette période.

PRISE EN CHARGE

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

La procédure d'admission est claire et progressive.

Il existe un protocole d'élaboration du projet personnalisé du résident, et une réunion permet de passer en revue trois projets personnalisés par semaine.

Respect des droits des personnes

Le livret d'accueil du résident et le contrat de séjour sont élaborés dans le respect des droits des personnes.

Soins

Le GHU s'est doté d'outils afin de permettre un accompagnement adapté : une procédure relative aux contentions, une procédure de prise en charge de la douleur, un protocole lié à une démarche palliative.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission :

L'établissement est concerné par 3 écarts majeurs, 13 écarts et 28 remarques.

Ecarts majeurs regroupés en deux thèmes :

- L'établissement n'a pas défini les événements indésirables graves ; ils ne les déclarent pas aux autorités de contrôle, le CVS n'en est pas informé, ils ne font pas l'objet de retours d'expérience, ils n'enrichissent pas le plan d'amélioration de la qualité
- Les fonctions de direction au sein de l'EHPAD sont insuffisamment définies (notamment concernant la quotité de travail du personnel de direction dévolu à l'EHPAD).
- Les différents métiers ne sont pas différenciés dans les fiches de planification journalières et dans les livrets d'accueil des nouveaux agents : des glissements de tâches sont donc possibles notamment entre AS, ASH et IDE.

Principaux écarts :

- Le plan bleu n'est pas suffisamment détaillé sur la gestion des crises et notamment en cas d'évacuation due à l'établissement et de défaillances énergétiques.
- La direction n'a pas mis en conformité le temps de présence du Médecin coordonnateur (MedCo) en suivant l'évolution de la réglementation. De plus, le temps de présence, le rôle et les missions du MedCo et du médecin généraliste sont insuffisamment précisés.
- La composition du CVS ne respecte pas la proportion entre représentants des usagers et représentants de l'institution.
- La dernière évaluation externe date de 2014.
- Le nombre de personnel présent chaque jour dans chaque pavillon ne permet d'assurer une prise en charge et un accompagnement individualisé
- Le nombre de formations aux gestes d'urgence ne permet pas de garantir le renouvellement des AFGSU de tous les personnels, ce qui garantit pas suffisamment la sécurité des résidents.
- La commission de coordination gériatrique ne se réunit pas une fois par an.
- Le livret d'accueil ne mentionne pas la possibilité de recourir à une personne qualifiée.

Principales remarques :

- Il n'existe pas de procédure spécifique concernant les actes de violence commis au sein de l'établissement et le règlement de fonctionnement n'est pas assez précis sur les mesures à prendre en cas de violence sur autrui.
- L'établissement n'a pas mis en œuvre d'analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur.
- Ni le MedCo ni l'IDEC ne dispensent de formations à destination du personnel de l'EHPAD sur des thèmes gériologiques.
- Les temps de transmission écrites pour les aides-soignants ne sont pas garantis par les fiches de planification journalière.
- Le suivi des évaluations multidimensionnelles, des chutes et des pesées n'est pas régulier.
- Les procédures notamment portant sur la contention, la douleur, les soins palliatifs concernent l'ensemble du GHU et n'ont pas été adaptées au public spécifique de l'EHPAD.

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 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.

Ce programme s'inscrit dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer le contrôle des EHPAD parisiens.

Les informations connues par l'ARS et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD « Perray Vaucluse », situé à BP 13, 91360 Epinay-sur-Orge, FINESS n° 910017250, 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, sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), un contrôle sur pièces visant cet établissement. Ce contrôle a pour objectif de réaliser une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

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

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

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT : Gestion des ressources humaines (RH)

PRISE EN CHARGE :

1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
2. Respect des droits des personnes
3. Soins

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 13 mars 2023 avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 6 mars 2023. Un e-mail a été transmis à la direction le 6 mars 2023, 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 la Ville de Paris ont été informés du ciblage et ont été destinataires du présent rapport.

Présentation de l'établissement

Situé BP 13, 91360 Epinay sur Orge, l'EHPAD « Perray Vaucluse » est géré par le Groupe Public de Santé « Perray Vaucluse », intégré depuis le 1^{er} janvier 2019 au GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences. Il fait partie, avec la MAS « La Gilquinière » du pôle medico-social du GHU de Perray Vaucluse ; ce dernier fait partie de la filière personnes âgées/ personnes handicapées du GHU qui comprend 4 structures :

- l'USLD La Roseraie (Pôle La Roseraie-Somatique) secteur sanitaire
- l'EHPAD de Perray Vaucluse et la MAS La Gilquinière (Pôle médico-social du Perray)
- Le SAVS Epilepsies (service appartenant au pôle médico-social Sainte Anne)

Le GHU compte au total 7 structures médico-sociales (1 EHPAD, 1 MAS, 1 SAVS, 3 CSAPA et 1 CAARUD).

Ouvert le 5 octobre 1999, l'EHPAD « Perray Vaucluse » dispose de 96 places en hébergement permanent. Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale sur la totalité de ses places.

Selon les procès-verbaux d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS, le GMP s'élevait

Les résidents se répartissaient comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
2022 ²					
2021 ³					
IDF ⁴ 2021	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Plus précisément, au 13 mars 2023, la distribution des unités est la suivante :

Étage/bâtiment	Nombre de chambres	Nombre de résidents accueillis	GIR moyen	GMP moyen
D				
E				
F				

Le budget de fonctionnement est de 5 187 511,26 € en 2021, dont 2 282 520,49 € au titre de l'hébergement, 661 238 € au titre de la dépendance et 2 243 752,77 € au titre du soin.

La dernière convention tripartite a été signée le 28 août 2014. Les négociations pour la signature du CPOM ont débuté en 2022.

La convention tripartite signée le 28 août 2014 mentionnait que la composition de l'EHPAD en trois bâtiments était peu fonctionnelle : « La répartition des bâtiments complique les fonctions logistiques et multiplie les déplacements. Elle accentue un sentiment d'isolement aussi bien pour les liens sociaux des résidents que pour le personnel de nuit qui ressent parfois un sentiment d'insécurité. Cette répartition pavillonnaire ne facilite guère par ailleurs le travail et les échanges des personnels ayant des missions transversales (directrice, médecin, psychologue, infirmières, cadre de santé, secrétaire médicale, assistante sociale, animateur). »

Par ailleurs, comme le souligne le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ), les 3 pavillons sont espacés les uns des autres par des chemins vallonnés. Cela ne favorise pas les déplacements de tous les résidents vers les autres

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 Source : BP 2023.

³ Source : CA 2021.

⁴ La médiane d'Île-de-France issue du tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2022 sur les données de 2021)

pavillons pour se rendre aux activités ou aux bureaux des médecins, assistante sociale et thérapeutes répartis dans les 3 pavillons. Le salon de coiffure présent sur un pavillon n'accueille que rarement les résidents des autres pavillons car ceux-ci doivent être accompagnés⁵.

Le nombre important de chambres doubles constitue également une contrainte architecturale qui ne correspond plus aux demandes des résidents et à leur droit à un lieu de vie privatif.

Le projet de reconstruction de l'EHPAD n'a pu être mis en place dans le cadre de cette convention tripartite. Ce projet a pour but de pouvoir reloger les 96 résidents actuels de l'EHPAD de Perray Vacluse dans un seul bâtiment, situé à proximité de la Maison d'accueil spécialisé, sur le même site.

⁵ Source : PACQ, Q53 et Q54, p.14-15.

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	« Perray Vaucluse »		
Nom de l'organisme gestionnaire	GHU Paris Psychiatrie et neurosciences		
Numéro FINESS géographique	910017250		
Numéro FINESS juridique	750057598		
Statut juridique	EHPAD Public		
Option tarifaire	Tarif global		
Pharmacie à usage interne (PUI)	PUI		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ⁶	96	96
	HT ⁷	0	
	UVP ⁸	0	
	PASA ⁹	0	
	UHR ¹⁰	0	
	UPHV ¹¹	0	
	AJ ¹²	0	
	AN ¹³	0	
	PFR ¹⁴	0	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	96		

⁶ Hébergement permanent⁷ Hébergement temporaire⁸ Unité de vie protégé / unité protégé⁹ Pôle d'activité et de soins adaptés¹⁰ Unité d'hébergement renforcée¹¹ Unité pour personnes âgées vieillissantes¹² Accueil de jour¹³ Accueil de nuit¹⁴ 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 E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.1.2	Au 13 mars 2023, l'établissement compte 89 résidents. d'occupation est donc en hausse bien qu'il soit en dessous de 95 %, taux cible de la convention tripartite. Le GIR de 2 résidents n'a pas été évalué car ils ont 59 ans. Nombre de résidents par GIR	Le taux	L313-1 alinéa 4 du CASF (L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation) D313-15 CASF (% par GIR) & R 332-1 CASF
	Au 13 mars 2023, % des résidents ont un GIR 1, 2 ou 3. % des résidents ont un GIR 1 ou 2. Ces proportions sont conformes à la réglementation en vigueur.		
1.1.3.1			D313-15 du CASF

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	References juridiques et RBPP
1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement : Le règlement de fonctionnement a été mis à jour en 2019. Il a été présenté aux instances représentatives du personnel le 07 janvier 2020 et au Conseil de la vie sociale le 03 décembre 2019. Le règlement de fonctionnement comporte l'ensemble des rubriques attendues, à l'exception des mesures prises en cas de violence sur autrui. Le paragraphe portant sur la prévention de la violence et de la maltraitance fait état de l'obligation de signaler tout fait de maltraitance, mais il ne définit pas les sanctions qui seront prises en cas de violence sur autrui. Ne sont pas non plus évoquées les mesures qui seraient prises en cas de situations exceptionnelles (à l'exception de la canicule). Dans son paragraphe 1.1.4 portant sur la concertation, recours et médiation, il ne fait pas référence aux personnes qualifiées. Dans son paragraphe 1.3.1, portant sur la sécurité des biens, il n'est pas fait mention de la manière dont l'argent de poche des personnes sous protection juridique est géré. Cette question est également posée dans le PACQ (Q15, p.5) Paragraphe 3.2.4 : la fréquence et la composition de la commission « restauration » ne sont pas précisées. Il n'est pas fait mention d'une commission d'animation.	R	L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement)
1.2.1.2			R.311-35, R.311-36, R.311-37 au CASF (contenu RF)
	Remarque 1 : Le règlement de fonctionnement n'est pas assez précis sur certains points, notamment sur les mesures à prendre en cas de violence sur autrui.		
1.2.1.4	Le projet d'établissement : Le projet d'établissement transmis à l'équipe de contrôle date de 2019. Il précise être construit sur les recommandations des bonnes pratiques de l'ANESM et les évaluations internes de 2006 et 2011 et de l'évaluation externe de 2013. Dans son préambule, la démarche mise en route en 2014 est présentée comme participative, ayant inclus la participation de résidents et de salariés. La participation éventuelle de familles n'est pas précisée. Il a été présenté aux instances (CVS, CHSCT, CT...) en 2020 selon le PACQ (Q133, p.43).		L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans) D311-38 du CASF (projet de soins dans PE) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) R314-88 1° du CASF (prestations du siège incluses dans les frais des sièges-projet d'établissement)
1.2.1.5	Dès son préambule, le projet d'établissement énonce le socle de ses références : la philosophie de [REDACTED] qui permet la promotion d'un accompagnement dans la bientraitance de la personne accueillie. Il présente les éléments attendus d'un projet d'établissement. Cependant il ne précise pas : - l'organisation de la direction de l'EHPAD, et notamment l'articulation de l'EHPAD avec le pôle médico-social (un schéma présentant notamment le pôle et sa place au sein du GHUPPN), d'autant plus que la directrice de l'EHPAD est la « directrice référente » du pôle médico-social. - la fréquence de l'actualisation du projet personnalisé d'accompagnement (p.15) - le rôle du référent dans le projet personnalisé d'accompagnement (alors qu'il est précisé pour le projet de soin p.16-17). - La fréquence des pesées (p.20) ni les personnes chargées de ce suivi (référént ? aide-soignant ou infirmière de l'unité ?) - l'existence d'une commission des chutes permettant l'examen de mesures correctrices et préventives (p.20) - des objectifs chiffrés en terme d'animation (fréquence des animations, nombre de résidents par animation, temps pour les soignants, animations de soirée et de week-end, sorties) - le rôle des bénévoles dans le projet d'animation - la nature du travail avec les résidents et leurs proches pour maintenir les liens dans le projet d'animation.		L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), L315-17 (directeur d'un EHPAD public) et D312-176-5 CASF (privé) D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs) R314-88 1. 1° du CASF (prestation du siège social pouvant être autorisée dans les frais de siège : participation du siège à l'élaboration/actualisation du PE) D312-158, 1° du CASF (MEDCO élabore projet général de soins s'intégrant dans PE) RBPP "Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS" Anesm-HAS

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.1.6	Le plan bleu Il est commun avec la MAS « La Gilquinière ». Il a été validé le 2 novembre 2020. Ce plan n'est pas précis sur plusieurs points notamment ce qui concerne la • 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, Ce qui contrevient à l'instruction du 28 novembre 2022 mentionnée ci-contre. Ecart 1 : Le plan bleu n'est pas suffisamment détaillé sur la gestion des crises, en particulier sur l'évacuation de l'établissement et les défaillances énergétiques, ce qui contrevient à l'instruction ministérielle du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. La direction de l'établissement : La « directrice référente du Pôle médico-social », assurant les missions de directrice de l'EHPAD, est titulaire [REDACTED] Elle est directrice adjointe en charge des sites de Perray-Vaucluse et Neuilly-Sur-Marne, des filières médico-sociales et socioéducatives des pôles somatique-USLD et Psychiatrie Dépendance réhabilitation [REDACTED] Le poste recouvre à la fois des missions de directeur de site et directeur référent de pôles : elle a la responsabilité de piloter avec les chefs de pôle les projets médico-soignants des 5 pôles cliniques suivants : - Somatique et USLD : service de médecine somatique et USLD La Roseraie de 114 places, - Psychiatrie, Dépendance et Réhabilitation constitué d'un centre d'évaluation et d'orientation destiné aux patients chroniques psychiatriques des secteurs du GHU, d'une équipe mobile parcours complexe et de 2 unités d'hospitalisation prolongée de 50 lits, - Addictologie Moreau de Tours : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) intégrant 1 unité à Moreau de Tours, 1 unité Paris la Santé, 1 service de liaison unique du GHU et 1 SAVS Epilepsies, - Addictologie Marmottan - La Terrasse : 3 CSAPA, 1 CAARUD, - Médico-social Perray Vaucluse : 1 MAS de 60 places et 1 EHPAD de 96 places. De ce fait, elle n'assume pas les fonctions de directeur d'EHPAD au sens où l'entend l'article D.312-155-0 du CASF. Elle est épaulée par un médecin coordonnateur, chef du Pôle médico-social (qui se partage donc entre la MAS et l'EHPAD), et par une assistante médico-administrative qui est affectée à 100% à l'EHPAD. A ceux-ci s'ajoutent une cadre administrative de Pôle et une cadre paramédicale de Pôle affectées toutes deux à l'EHPAD à 50%. Le cadre de santé est à plein temps sur l'EHPAD : il est positionné au centre de l'organigramme transmis, mais il n'a pas de délégation de signature. L'organigramme fourni à l'équipe de contrôle ne traduit pas les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les équipes, et n'explicite pas le partage de temps de la direction du Pôle entre EHPAD et MAS. Ecart 2 : Au regard des fonctions et des responsabilités de la directrice référente du pôle médico-social, celle-ci ne peut exercer la direction de l'EHPAD au sens de l'article D.312-155-0 du CASF.	E	L311-3 du CASF D312-160 CASF D312-155-4-1 Arrêté du 7 juillet 2005, modifié par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique. Instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
1.2.2.1 1.2.2.7		E R	L315-17 (directeur EHPAD public) et D312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé) D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur) D312-176-7 CASF (certification de niveau II du directeur) D312-176-10 (établissements publics communaux) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 (qualification des professionnels de direction ESMS) Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil L311-8 CASF (PE avec modalités d'organisation et fonctionnement) D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD) L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD) HAS « Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance », 2008

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	Remarque 2 : L'organigramme fourni ne permet pas de comprendre l'organisation de la direction de l'EHPAD et ne formalise pas les liens hiérarchiques et fonctionnels.		
1.2.2.6	La directrice de l'établissement : La fiche de poste transmise est celle de « directeur adjoint en charge des sites de Perray-Vaucluse et Neuilly-Sur-Marne, des filières médico-sociales et socioéducatives, des pôles somatique-USLD et Psychiatrie Dépendance réhabilitation ». Il n'existe pas de fiche de poste de directeur d'EHPAD. La quotité de temps réservée à l'EHPAD n'est pas spécifiée.	R	L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé)
	Remarque 3 : Il n'existe pas de fiche de poste de directeur d'EHPAD.		
1.2.2.8	Les astreintes : L'EHPAD bénéficie du dispositif de la permanence de soins du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences. (projet d'établissement, p.21). Une fiche décrivant l'organisation de la continuité de l'encadrement de proximité a été transmise : deux cadres de jour et deux cadres de nuit sont nommés. La continuité de l'encadrement est également organisée après 17 h et le week-end. Une fiche de procédure de la permanence médicale mise à jour en mars 2021 a été transmise. L'ensemble des conduites et des procédures sont répertoriées dans le classeur des gardes administratives. Leur mise à jour est récente (2021 à 2023 selon les procédures).		
1.2.2.10	Les délégations : Les délégations de signature sont organisées conformément au droit public en vigueur et prévoient des remplacements en cas d'absence de la directrice référente du pôle médico-social, de la cadre administrative de Pôle et du cadre paramédical de Pôle. Dans ce document, la MAS et l'EHPAD ne sont pas séparés. L'attachée d'administration hospitalière a une délégation de signature du directeur du GHU pour signer tous les actes concernant l'EHPAD.		D312-176-5 CASF R314-88 CASF D315-68 CASF D315-70 CASF D315-71 CASF
1.2.2.12	L'infirmière coordonnatrice : L'EHPAD compte une IDEC de jour et deux IDEC de nuit. La fiche de poste de l'IDEC de jour est la même que celle de l'IDEC de la MAS. Elle précise les liens hiérarchiques : son responsable est le cadre de santé de l'EHPAD, son N+2 est la cadre paramédicale du Pôle médico-social. L'IDEC de jour a un diplôme d'état d'infirmière depuis [REDACTED]. Aucun diplôme ou de certification d'infirmière coordonnatrice n'a pas été transmis à l'équipe de contrôle. Le cadre de santé de l'EHPAD a pour supérieur le cadre supérieur de santé du Pôle médico-social. Il encadre l'équipe soignante mais aussi la gouvernante (fonction non présente dans l'organigramme, mais mentionnée dans la fiche de poste du cadre de santé). Il est arrivé en [REDACTED] après une longue vacance de poste ¹⁵ . Le cadre supérieur de santé ou cadre paramédical du Pôle est cadre de santé et titulaire d'un Master [REDACTED]		RBPP HAS "Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement", 2011 Ordre national des infirmiers. l'IDEC en EHPAD (site internet)
	Remarque 4 : L'IDEC n'a pas de certification d'infirmière coordonnatrice.		
1.2.2.14	Le Médecin coordonnateur :	E R	D312-157 CASF (diplôme MEDCO) et D312-159-1 CASF (contrat du MEDCO)

¹⁵ Source : CVS du 22 novembre 2022.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	Le médecin coordonnateur est chef du Pôle médico-social. Il exerce comme médecin coordonnateur à raison de ■■■ ETP. Sa fiche de poste est conforme à la réglementation. Le diplôme du MedCo n'a pas été transmis (les bulletins de salaire ont été transmis deux fois). Selon l'inscription à l'ordre des médecins il détiendrait un diplôme ■■■■ L'EHPAD bénéficie en sus de ■■■ ETP de médecin psychiatre et de ■■■ ETP de médecin généraliste (le RAMA mentionne que ce médecin généraliste travaille à ■■■% sur l'EHPAD, RAMA 2021 et 2022 p.6). Les missions du médecin généraliste au sein de l'EHPAD ne sont pas précisées. Les liens entre le médecin généraliste et le MedCo ne sont pas non plus explicités. Ecart 3 : Le temps de MedCo n'est pas conforme à l'article D.312-156 du CASF entré en vigueur le 1er janvier 2023. Ecart 4 : Le MedCo n'a pas les diplômes requis, ce qui contrevient à l'article D312-157 du CASF. Remarque 5 : Le rôle et les missions du médecin généraliste au sein de l'EHPAD ne sont pas explicités, ainsi que ses liens avec le Medco.		decret n° 2005-560 du 27 mai 2005 (qualification, missions et rémunération MEDCO)

Animation et fonctionnement du Conseil de Vie Sociale (CVS)

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.3.3.1	Le Conseil de la Vie Sociale : Le CVS s'est réuni 3 fois dans l'année 2022. Le règlement intérieur est en cours de modification. Un projet conforme à la nouvelle réglementation a été transmis à l'équipe de contrôle. Les documents transmis (dont le précédent règlement intérieur) ne permettent pas d'attester que le règlement intérieur ait été approuvé par le CVS. La direction de l'EHPAD n'a pas transmis la liste des membres actuels du CVS. Cependant la consultation des comptes rendus de CVS transmis permet d'établir que 12 représentants de l'institution ont participé au CVS du 29 mars 2022, alors que seulement 2 représentants des usagers étaient présents, au CVS du 01 juillet 2022, 1 représentant des usagers s'est trouvé face à 12 représentants de l'institution, 12 représentants de l'institution face à 2 résidents lors du CVS du 22 novembre 2022, ce qui contrevient à l'article D.311-5 du CASF en vigueur avant le 1^{er} janvier 2023. En effet, le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, était très inférieur à la moitié du nombre total des membres du conseil. Ecart 5 : La proportion entre représentants des usagers et représentants de l'institution au sein de CVS n'est pas conforme aux proportions définies par l'article D.311-5 du CASF. L'information concernant les EIG : Alors que des points Covid et des points canicule sont organisés, il n'est pas fait mention d'un point EIG dans les comptes rendus de CVS transmis. L'absence de bilan partagé des EI ne permet pas la mise en œuvre d'une démarche d'analyse des causes des EI. Lorsque la directrice du Pôle communique sur l'existence d'une enquête administrative diligentée par la direction du GHU, le compte rendu du CVS ne porte pas la mention de sa nature ni des dysfonctionnements observés (voir plus bas, p.20).	E	D311-4 à D311-20 CASF Nouvelle réglementation du CVS : entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2023 de l'article 1 du Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 qui modifie l'ensemble de la réglementation juridique du CVS R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement)
1.3.3.2		E	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	Ecart 6 : Le CVS n'est pas informé des événements indésirables graves, ce qui contrevient à l'article R.331-10 du CASF.		

Gestion de la qualité

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.4.1.7	La démarche qualité : Définit dans le projet d'établissement p.28, elle se donne 5 objectifs : • Le respect des droits et l'information des personnes hébergées ainsi que la prise en compte de leur entourage • Un accueil de qualité et un projet de vie/projet de soins répondant aux besoins de la personne accompagnée • L'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients par l'analyse des pratiques professionnelles et la gestion des risques associés aux soins. • Le maintien des compétences des professionnels par la formation. • La prévention des risques professionnels et la promotion de la qualité de vie au travail. Selon le projet d'établissement (p.29), un plan d'action global regroupe les objectifs du projet d'établissement mais également les préconisations des dernières évaluations interne et externe. Un comité de pilotage qualité est chargé de son suivi régulier. Un bilan de la mise en œuvre de ce plan d'action est effectué lors des réunions mensuelles de l'équipe d'encadrement et lors de l'élaboration du rapport annuel d'activités, transmis aux tutelles. Un copil se réunit tous les ans afin d'en assurer le suivi : il est composé du médecin chef de pôle, du médecin coordonnateur, du cadre de pôle, du cadre de santé, de l'Assistante Médico-Administrative (AMA), de l'IDEC, du psychologue et de l'Assistant Qualité. Chargé du suivi Qualité des structures Médico-Sociales. Le plan d'action transmis à l'équipe de contrôle n'est pas daté. C'est le résultat de l'évaluation interne de décembre 2021. Il compte 144 points de contrôle, pour lesquels sont définis des indicateurs : une cotation (de A à E), des points forts et des points faibles et un objectif. Il permet de passer en revue l'ensemble des éléments de la prise en charge. Il est organisé en trois parties : les attentes et satisfactions des résidents et des familles, les réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins, l'établissement et son environnement. Le référent en charge du suivi de ce plan est un référent du Pôle (pour l'EHPAD et pour la MAS). Le PACQ n'intègre pas les mesures préventives déterminées par l'analyse des EI, ni les éléments remontant des enquêtes de satisfaction ou du CVS. Bonne pratique : afin de suivre le PACQ et son appropriation par le personnel, l'EHPAD se donne comme objectif de formaliser un tableau de bord de suivi des indicateurs et préparer une grille d'évaluation des pratiques à observer : 2 pratiques par mois pour les nouveaux arrivants et 1 pratique par an pour les soignants présents depuis 1 an¹⁶. Remarque 6 : Le PACQ n'est pas actualisé suite aux enquêtes de satisfaction et aux événements indésirables.	R	L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)

¹⁶ Source : PACQ, Q144, p.46.

N°ICAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.4.2.1	Les évaluations interne et externe : La dernière évaluation externe, transmise à l'équipe de contrôle, date de juin 2014. La suivante aurait dû être menée en 2021. La dernière évaluation interne date de décembre 2021. Elle a été transmise aux autorités de contrôle par la direction du Pôle médico-social en avril 2022. Le document transmis à l'équipe de contrôle est l'introduction du document. Le corps du document a été transmis comme étant le PACQ analysé plus haut (p.16).	E	L312-8 du CASF D312-204 R314-88 CASF D312-200 CASF
1.4.3.1	Ecart 7 : La dernière évaluation externe date de 2014, ce qui contrevient à l'article D.312-204 du CASF. La promotion de la bientraitance : La politique de bientraitance est définie dans le projet d'établissement comme « une démarche volontariste qui situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable. La formation continue des professionnels et les temps d'échanges pluridisciplinaires permettent de maintenir un cadre institutionnel stable » (p.11). Elle est mise en lien avec l'accueil et l'intégration bienveillante des nouveaux professionnels. Elle est par ailleurs liée à la nomination d'un ou deux référents soignants dès l'accueil d'un nouveau résident. Les instances collectives permettent de maintenir le dialogue avec les personnes accompagnées : café des partages, conseil de vie sociale, commission des menus, groupes de paroles. Bonne pratique (projet d'établissement p.16) : les soignants accompagnent la personne hébergée à être actrice de son projet personnalisé en lui donnant rendez-vous en dehors du temps de soin. L'EHPAD a décidé de se lancer dans une démarche de labellisation [REDACTED]. L'existence d'un « Copil [REDACTED] qui se réunit trois fois par an et qui est animé par un intervenant extérieur à la structure est le garant de la traduction des principes en pratiques professionnelles. Le Copil passe également en revue le plan de formation. Il est constitué du médecin coordonnateur, du psychiatre, de la cadre de pôle, de la cadre de santé, de l'IDEC, de la psychologue, de l'AMA, de l'ergothérapeute et de l'animatrice. L'effectivité de la démarche est assurée par un trinôme : le cadre paramédical du Pôle est chargé de la démarche qualité dans son ensemble, le cadre de santé a la charge de développer la culture de signalement et de gérer les risques et d'animer le projet [REDACTED]. L'IDEC de jour est chargée de coordonner les équipes soignantes dans la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques. Une réunion hebdomadaire de suivi animée par le cadre de Santé et l'IDEC permet la co-construction d'une politique de bientraitance avec les professionnels : il s'agit de les sensibiliser à l'approche relationnelle et aux techniques de soins [REDACTED]. Les RAMA 2021 et 2022 soulignent l'importance pour les soignants de la bientraitance des résidents : ils mentionnent des informations de sensibilisation, des formations [REDACTED] des 2014, des groupes de paroles de résidents animés par la psychologue, mais ils ne contiennent aucune donnée quantifiable permettant d'apprécier l'appropriation réelle par le personnel de ces approches (nombre de participants aux groupes de paroles, nombre de personnes sensibilisées...). Deux manques sont relevés : - l'absence de référent qualité qui ne soit pas en position hiérarchique - l'absence d'analyse de pratiques professionnelles	R	L119-1 CASF (Définition maltraitance) L311-3 1° CASF (respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, le droit d'aller et venir de l'usager) Circulaire relative à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 HAS, « La bientraitance : définition et repères... » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement... », 2008
	Remarque 7 : Il n'existe pas de référent qualité qui ne soit pas en position hiérarchique.		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	Remarque 8 : Aucune analyse des pratiques professionnelles, animée par un intervenant extérieur à la structure n'est organisée malgré l'importance soulignée dans le projet d'établissement.		
	Les situations de violence : Aucune procédure n'aborde la question du traitement des situations de violences ou de harcèlement. Aucune procédure particulière n'est formalisée pour prendre en charge et accompagner ces actes de violences. Or, l'établissement accueille des personnes ayant de troubles du comportement et des troubles psychologiques. Le bilan des EI de l'EHPAD relève que ■ % sont classés dans la catégorie « violence » ¹⁷ .		L119-1 CASF (Définition maltraitance) L.331-8-1 CASF (déclaration EI a autorité compétente) R331-8 CASF (déclaration EI à autorité compétente) arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS Obligation hors fonction publique, Art. 40 du code de procédure pénale (obligation de signalement de tout agent public si connaissance crime ou délit) Art. 434-3 du code pénal (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L. 331-8-1 CASF (information aux autorités des dysfonctionnements) Art. 226-14 du code pénal (dérogation au secret médical si privations ou services)
1.4.3.2 1.4.3.3	De fait deux EI ne paraissent pas avoir fait l'objet de signalement particulier : - ■ Aucun signalement à l'autorité judiciaire n'a été fait. Aucune analyse spécifique ne paraît avoir été menée au regard des documents transmis à l'équipe de contrôle. Il n'est pas fait mention, dans les documents transmis, à l'article L. 313-24 du CASF qui protège notamment tout salarié ayant témoigné d'actes de maltraitance ou les ayant relatés.	R	
	Remarque 9 : Il n'existe pas de procédure spécifique concernant les actes de violence commis au sein de l'établissement, alors même que ■ % des EI sont classés dans la catégorie « violence ».		

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.1.1	Les enquêtes de satisfaction : Le PACQ (Q.135, p.44) souligne l'absence d'enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles. Le recueil se fait par la psychologue sous la forme d'un « café partage » hebdomadaire. Depuis, l'établissement a mené une enquête car il a transmis à l'équipe de contrôle une enquête de satisfaction en date de novembre 2022 ¹⁸ . Le PACQ n'est pas enrichi des remontées négatives sur le linge et la restauration notamment.		
	Cf Remarque 6, p.16.		
1.5.1.3	La procédure de déclaration des événements indésirables (EI) et des événements indésirables graves (EIG) : La direction de l'établissement a transmis à l'équipe de contrôle deux procédures portant sur les événements indésirables et concernant l'ensemble du GHUPPN :	E	L313-24 CASF (protection du salarié déclarant) RBPP HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans

¹⁷ Source : Bilan 2022 des FEI, p.3.

¹⁸ Le document transmis est tronqué des deux premières questions.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.1.5 1.5.1.6	- « Gestion des événements indésirables graves associés aux soins » datée de juin 2019 (transmise deux fois). - « Circuit de signalement et de traitement d'un événement indésirable dans [REDACTED] datée de novembre 2019. La procédure « circuit de signalement et de traitement d'un EI » définit l'EI et l'EIG. Cependant la définition de l'EIG est limitée à l'EIG associé aux soins. La procédure « Gestion des événements indésirables graves associés aux soins » (EIAS) mentionne bien les objectifs de la déclaration, garantit l'anonymat du déclarant comme du résident concerné et mentionne le principe d'une analyse collégiale pour tous les EIAS graves. L'équipe de contrôle a demandé la transmission des trois derniers EIG et des trois derniers retours d'expérience : l'établissement a transmis un EIG et son retour d'expérience en date de janvier 2019. Le retour d'expérience transmis est précis et complet. Cet EIG n'avait pas été transmis aux autorités de contrôle et notamment à la Ville de Paris. L'équipe de contrôle relève l'absence d'EIG déclarés aux autorités de contrôle sur les années 2020 à 2023. Ni l'ARS ni la Ville de Paris n'ont été destinataires d'un EIG en 2022. Alors qu'il s'agit d'un EHPAD accueillant des personnes ayant été prises en charge par le secteur psychiatrique, les troubles du comportement entraînant des EI ou des EIG ne sont pas déclarés. Seul un événement, [REDACTED] a été enregistré en 2022. Ecart 8 : La définition des EIG est réduite aux EIG associés aux soins, ce qui contrevient à la définition du CASF, en son article L.331-8-1. La liste des événements indésirables : Le bilan 2022 des EI et EIG transmis à l'équipe de contrôle concerne le pôle Médico-social de Perray Vacluse et non le seul EHPAD. La liste des EI et EIG 2022 concerne, elle, l'EHPAD et l'analyse qui suit est fondée sur ce document. Ce tableau comporte notamment le nom du déclarant, la date d'émission, la description des faits, le type d'événement indésirable, le pilote, l'état d'avancement, les mesures prises immédiatement, les éléments de contexte, mais ne comporte pas de mesures préventives à prendre en lien avec le PACQ. Ce tableau ne permet pas d'attester de la qualité du suivi et de l'analyse des EI, notamment la mise en œuvre d'un relex. [REDACTED] sont en état « fiche terminée ». L'analyse détaillée de ce tableau révèle des lacunes dans la pratique de déclaration des EI et des EIG : - Sur [REDACTED] EI relèvent plus du registre du CHSCT que des événements indésirables car il s'agit de signalements de dysfonctionnements entraînant des risques sur le personnel : défaut d'éclairage du parking du personnel, manque de tenues professionnelles, demande de récupération d'heures supplémentaires, chute du personnel due à un défaut matériel par exemple. - [REDACTED] EI non déclarés en EIG, et non transmis aux autorités de contrôle alors que l'événement mettait en risque grave la prise en charge du ou des résidents : ○ [REDACTED] des appels malades qui sonnent en continu ○ [REDACTED] « l'alarme d'urgence qui n'a cessé de sonner tout ce week-end qui rend les conditions de travail du personnel et l'espace de vie des résidents plus qu'invivable, avec notamment, de l'agressivité chez certains résidents sûrement dû à cela ». ○ [REDACTED] suite à une panne réseau, des transmissions ont été incomplètes. ○ [REDACTED] un défaut de transmission a conduit à transmettre aux urgences un dossier incomplet. ○ [REDACTED] un résident a disparu pendant 15 minutes : après 15 minutes de recherche le résident a été vu sortir d'une tranchée faite par les travailleurs sur le site, avec difficulté. Les mesures correctrices ont immédiatement été prises. Cependant l'analyse de cet événement rare pour comprendre comment le résident a pu se trouver dans une telle situation à haut risque n'a pas été faite. ○ [REDACTED] « Il y a eu une panne de courant sur tout le service Diane fin Août. Depuis le système d'appel malade est en panne, il clignote. » : le risque encouru par les résidents était grave. Ce type de panne, toujours selon la liste transmise, intervient plusieurs fois par an, et cet incident a duré plus d'un mois : un retour d'expérience n'a pas été mené.	R R E	la prévention et la lutte contre la maltraitance", 2008 Art. L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives) L.331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration d'événement indésirable grave, EI, EIG aux autorités) R.331-10 CASF (information du CVS +/ les dispositions envisagées) R1413-67 à 73 CSP (déclaration et suivi des EIGS) R 1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) HAS, "Mission du resp d'état et rôle de l'encadrement : maltraitance", 2008 L1413-14 et R1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS) Article 40 Code de procédure pénale (plainte et dénonciation au pénal)

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	○ une fausse route entraînant le décès d'une résidente ○ : une erreur d'administration d'un médicament a été commise Par ailleurs, en 2022, lorsque la directrice du Pôle informe le CVS de l'existence d'une enquête administrative diligentée par la direction du GHU, le compte rendu du CVS ne porte pas la mention de sa nature ni des dysfonctionnements observés. Le RAMA 2022 évoque une enquête liée à une suspicion de maltraitance vis-à-vis des résidents : cet événement aurait dû être signalé aux autorités de contrôle. Les ■ EI en lien avec la prise en charge médicamenteuse n'ont pas été déclarés à l'ARS. Le signalement à l'ARS et à la Ville de Paris n'est inscrit ni dans les procédures ni dans la pratique. A fortiori, les retours d'expérience ne sont pas transmis. Par ailleurs le RAMA 2021 précise, p.15, que les chutes font l'objet de déclaration d'événement indésirable, afin de pouvoir être analysées : l'ergothérapeute et l'IDEC déterminent les actions mises en place. Or très peu d'EI concernant des chutes. Le nombre d'EI déclarés par mois montre le peu d'EI déclarés. Le pic du mois d'octobre correspond à plusieurs EI signalant l'absence de lumière dans le parking du personnel et dans la rue. Nombre d'EI Nombre de déclarations d'EI 2022 Source : liste des EI et EIG 2022 Remarque 10 : La culture de l'EI et du retour d'expérience n'est pas répandue dans l'établissement. Ecart 9 : Des EIG n'ont pas été déclarés aux autorités de contrôle et n'ont pas fait l'objet de retours d'expérience, ce qui n'a pas permis la mise en œuvre de mesures préventives et contrevient à l'article L.331-8-1 du CASF.		

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°GAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et Rapp
2.1.1 2.1.4.5	La composition de l'équipe pluridisciplinaire :	R E	D312-155-0 du CASF (oludisciplinaire de l'équipe soignante) L311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) L311-8 CASF

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBpp

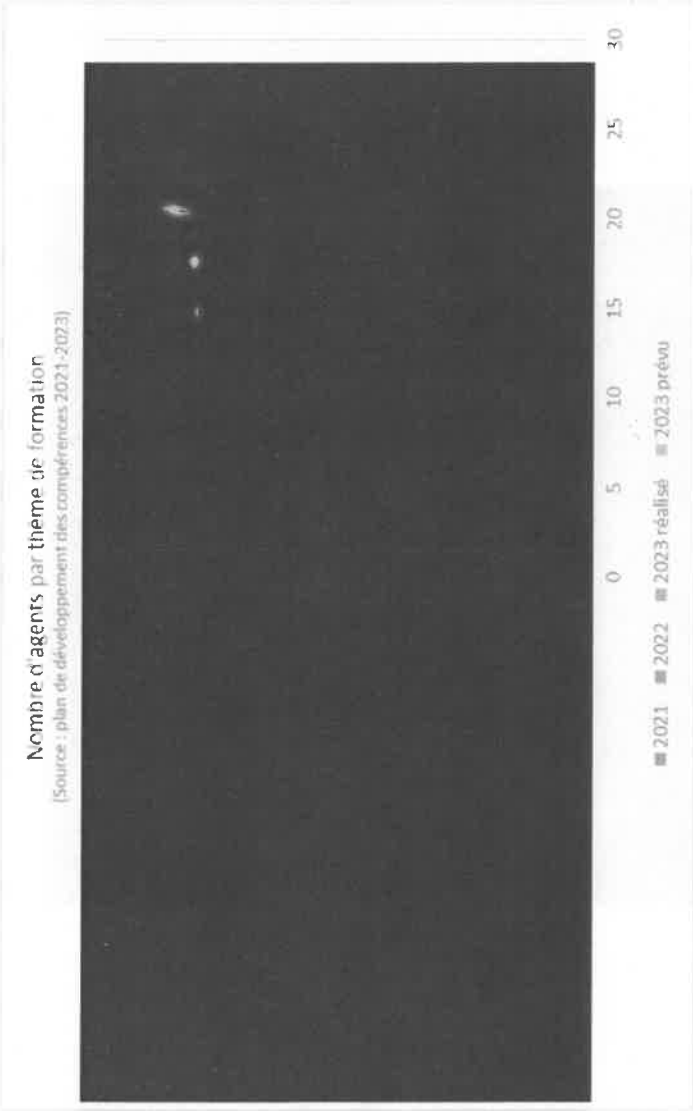
N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.3		R	L311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) Taux de rotation national médian : 12,2% (2019)
2.1.1.6			Article L. 1242-2 du Code du travail Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail D. 312-155-0 III1 du CASF L311-3 CASF Cour de Cassation, Chambre criminelle : arrêt du 8 juin 2021 (Pourvoi n° 20-83.574) à propos d'un EHPAD franchien d'un autre groupe
2.1.2.1	La formation : Les plans de développement des compétences transmis portent sur les années 2021, 2022 et 2023. Ils récapitulent l'ensemble des formations réellement suivies ainsi que le prévisionnel pour le reste de l'année 2023. Ni le plan de développement des compétences ni le RAMA ne font état de formations internes dispensées par le MedCo. Plus particulièrement, le RAMA ne fait état d'aucune formation conduite par le MedCo sur les questions gériatriques. En interne, la réunion hebdomadaire dite de transmissions (qui a lieu sur chacun des trois bâtiments et qui dure 15 mn) permet d'« évoquer en équipe pluridisciplinaire l'accompagnement quotidien du résident. Ce temps de partage permet de proposer en équipe la meilleure réponse à une situation donnée, lorsqu'il apparaît une décompensation somatique ou psychique, un dysfonctionnement institutionnel. L'ensemble des informations concernant les résidents est transmis, partagé par tous pour permettre la continuité et la sécurité de la prise en charge »¹⁹.	R E	L313-12-3 CASF (direction assure formation des professionnels) HAS, "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance", 2008 L119-1 CASF (Définition maltraitance) HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance", 2008

¹⁹ Source RAMA 2022, p.35.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
Selon le RAMA 2021, les formations incendie ont lieu tous les ans en interne (p.20). Pour [REDACTED] que compte le registre du personnel, les formations se répartissent comme suit :	Nombre d'agents ayant suivi au moins une formation (Source : Plan de développement des compétences 2021-2023) ■ 2021 ■ 2022 ■ 2023 réalisé ■ 2023 prévu Le nombre de formations suivies se répartit comme suit : Nombre de formations suivies par catégorie professionnelle (Source : plan de développement des compétences 2021-2023) ■ 2021 ■ 2022 ■ 2023 réalisé ■ 2023 prévu		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	Les agents qui suivent des formations sont d'e tous les métiers. Il apparait que les ASH sont nettement sous représentés dans les formations et n'en ont pas suivis depuis 2 ans. Enfin le type de formations se répartit comme suit :		



Le plan de développement des compétences est varié et met particulièrement l'accent sur les formations autour de la promotion de la bientraitance. Cependant plusieurs manques sont relevés :

- Le défaut de formation sur la dénutrition, la déshydratation, les escarres, et toute formation proprement gérontologique
- Le nombre de formations aux gestes d'urgence ne permet pas d'assurer la mise à jour des AGFSU tous les 4 ans pour l'ensemble du personnel
- Les formations aux troubles du comportement et aux troubles sensoriels sont insuffisantes
- L'absence d'analyse de pratiques professionnelles

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	Remarque 13 : Ni le Medco ni l'IDEC ne dispensent de formations à destination du personnel de l'EHPAD sur des thèmes gérontologiques (nutrition, déshydratation, chutes, escarres, troubles de la déglutition, soins bucco-dentaires, etc...). Ecart 11 : Le nombre de formations aux gestes d'urgence ne permet pas de garantir le renouvellement des AFGSU de tous les personnels, ce qui ne permet pas de garantir suffisamment la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF. Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels : Selon le PACQ, les stagiaires sont accueillis par le cadre de santé ou l'IDEC. Ils sont suivis au regard de leur objectif par un IDE référent. Le bilan de mi stage et de fin de stage est réalisé par l'IDE référent et l'IDEC. Un livret d'accueil présentant l'EHPAD, l'accueil de l'étudiant et les compétences attendues a été réalisé. Cependant le livret d'accueil n'est pas systématiquement remis²⁰. Le livret d'accueil est commun à l'ensemble des professionnels du GHU. Document de 96 pages, il présente l'organisation du GHU, les différents pôles, les droits et obligations du fonctionnaire, le cadre de travail, la gestion de la qualité et la santé au travail. Il ne présente pas les différents métiers de l'EHPAD et leur manière de travailler ensemble, ni les cycles de travail des différents métiers. A ce livret s'ajoutent des documents intitulés « Coursus ASHQ » et « Coursus infirmier » qui détaillent les attendus et le cadre de travail pour les ASH et les infirmiers. Ainsi, il apparaît que le cursus d'intégration prévoit un entretien d'accueil et des entretiens intermédiaires et un cursus de formation (incendie, logiciels utilisés, humanité etc...). Il propose également des grilles d'auto-évaluation. Aucun document concernant les AS n'a été transmis. Un accompagnement est organisé pendant une durée de 10 mois pour tout nouvel arrivant. Une prime est versée au tuteur pour chaque accompagnement. Remarque 14 : Il n'existe pas de livret spécifique pour les aides-soignants. Le document « coursus ASHQ » contient des éléments qui concernent le métier d'AS et non d'ASH (notamment tout ce qui concerne le soin). Missions et tâches du personnel : 3 fiches de planification journalière ont été transmises à l'équipe de contrôle. Elles ont été créées en février 2023 : - Une fiche de planification journalière AS/ASH de jour - Une fiche de planification journalière AS/ASH de nuit - Une fiche de planification journalière IDE Les horaires 7h/15h et 13h/21h ne correspondent pas aux horaires portés sur le planning : 7h-19h, 8h-20h, 6h45-14h15, 13h45-21h15. Des temps de transmissions orales sont prévus mais aucun temps de transmission écrite n'est programmé. Remarque 15 : Les temps de transmission écrites pour les AS ne sont pas garantis par les fiches de planification journalière. Les glissements de tâches : Plusieurs documents présentent les missions et les tâches des AS et des ASH sans les différencier - Le cursus ASQH - Les fiches de planification ASH/AS		
2.1.2.5		R	HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »)
2.1.4.2		R	
2.1.4.4		E	L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS

²⁰ Source : PACQ, Q106, p.35.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
	Le fait que les fiches de tâches soient communes aux AS et ASH constituent un risque de glissement de tâches. Il est question d'agent préposé au ménage sans que ne soit spécifié clairement qu'il s'agit d'ASH. Par exemple, la toilette n'est pas explicitement réservée aux AS. Ce glissement de tâches est confirmé par les RAMA 2021 et 2022 qui précisent que les ASH accomplissent des « soins d'hygiène et de confort » et des « soins relationnels » (RAMA 2021, p.7). La mission de contrôle relève dans le cursus ASHQ un point sur l'évaluation de la douleur, ainsi que l'ensemble des gestes et des aides à l'hygiène et au repas qui ne relèvent pas de la compétence des ASH. Ceci constitue un glissement de tâches pour les ASH. La fiche de planification des AS et ASH de nuit comporte la mention : « 21h30 préparation du chariot de nursing et du chariot de médicaments », alors que seuls les infirmiers sont habilités à préparer le chariot de médicaments. Cette fiche, plus généralement, inscrit le glissement de tâches dans la pratique : par exemple en écrivant « Début du tour de nuit : Distribution des thérapeutiques de nuit, soins de nursing (prévention d'escarre, réinstallation au lit ; prise des constantes... », elle ne différencie pas les AS des ASH. Les RAMA 2021 et 2022 comportent un tableau sur les actes infirmiers « rôle propre et rôle délégué à l'AS/AMP : cependant, il ne clarifie pas ce qui relève de chacun des rôles en question (p.9-11). Ce risque de glissement de tâches a également été repéré dans l'analyse des plannings (voir p.22) lorsque des ASH sont seuls sur un pavillon. Ecart 12 : Les fiches de planification journalière ne différencient pas les différents métiers (ASH et AS). Des glissements de tâches sont repérés dans la description des tâches des AS et ASH entre AS, ASH et infirmiers, ce qui impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge, et contrevient à l'article L.311-3 du CASF. Les remplacements : La procédure de gestion par le cadre de santé de l'absence d'un agent, datée de février 2020, est commune à l'ensemble du GHU. C'est le cadre de santé qui prend la décision de remplacer ou non le personnel absent. Le cadre supérieur de santé est chargé de contrôler la pertinence du remplacement. Plusieurs solutions sont envisagées par ordre de priorité : recherche en interne, recherche de vacataire, recherche de personnel intérimaire, recherche de personnel volontaire rémunéré en heures supplémentaires. Le personnel de nuit :		D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES) R431-1-1 CSP (missions IDE) D312-155-0, 2° CASF L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)
2.1.4.7			
2.1.4.10			

Prises en charge

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.1.1	La procédure d'admission : Une commission d'admission se tient tous les deux mois (projet d'établissement p.26) ou une fois par mois (fiche de procédure) : elle analyse les candidatures sur la base d'un dossier et d'un document renseigné lors de la visite de pré-admission. Le but est d'obtenir un avis collégial motivé : elle est composée du directeur, du médecin coordonnateur, du cadre de pôle, du cadre de santé, de l'IDEC, de la psychologue, de l'AMA, de l'assistante sociale et du psychiatre, ce qui permet d'obtenir un avis collégial motivé. Une fiche de procédure détaillée a été transmise à l'équipe de contrôle. L'admission est restreinte aux personnes rattachées à un secteur de psychiatrie parisien, ce qui est conforme au projet d'établissement et à la convention tripartite. La visite de pré-admission se fait en présence des personnes qui accompagnent le futur résident. Un entretien individuel avec la psychologue est organisé au cours de la procédure : ceci permet de garantir le recueil du consentement éclairé de la personne. La fiche de procédure décrit l'admission depuis le décès d'un résident jusqu'à l'admission définitive du nouveau résident. Elle mentionne la nomination d'un aide-soignant « désigné » qui présente l'espace de vie au résident avec l'IDEC ou le cadre de santé. L'ensemble des dossiers sur liste d'attente est régulièrement passé en revue afin d'être réactif en cas de place disponible. L'admission donne lieu à une période d'essai d'un mois, renouvelable sur décision de la commission d'admission. La commission d'admission statue sur les admissions définitives à l'issue de la période d'essai et sur la base d'une évaluation écrite par chaque membre de la commission.		(obligation certifi DU) R. 311-33 à 37 CASF (Règlement de Fonctionnement) D312-155-1 CASF Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF HAS, "Qualité de vie en EHPAD, volet 1", 2011
3.2.1.2	Les évaluations multi-dimensionnelles à l'admission : La fiche de procédure d'admission indique que dans la semaine qui suit l'admission, le résident est pesé et un premier bilan gériatrique (risque de chute, risque d'escarres, troubles de la déglutition, état nutritionnel de la personne) est effectué. Dans le mois qui suit, une évaluation plus large des besoins du résident avec le médecin, l'assistant social, le psychologue, les animateurs et l'équipe soignante est conduite, complétée par un bilan gériatrique complet (évaluation de la douleur, risque dépressif, mémoire, nutrition, vaccination, statut en vitamine D). Les RAMA ne précisent pas le nombre d'évaluations multidimensionnelles établies au moment de l'admission. Remarque 16 : Le nombre d'évaluations multidimensionnelles établies à l'admission n'est pas porté sur le RAMA.		D312-158 2° CASF (missions du MedCo) D312-155-3 2° (comme un avis sur admission) CASF (11 missions MedCo sous la responsabilité du responsable de l'EHPAD)

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	Les projets personnalisés d'accompagnement (PPA) : L'équipe pluri-professionnelle (animateur, ergothérapeute, assistant du service social, psychologue, soignant) élabore le projet personnalisé. Il est ensuite présenté au résident pour signature. Le résident n'apparaît pas comme partie prenante. Les familles sont absentes de ce processus. Le projet personnalisé est établi dans les 6 mois qui suivent l'admission. Ni le livret d'accueil, ni le contrat de séjour, ni le règlement de fonctionnement, ni le projet d'établissement ne précisent avec quelle périodicité et/ou pour quels motifs il peut être réactualisé. Le MedCo et le cadre de santé sont garants de la mise en œuvre du PPA. L'IDEC et la psychologue accompagnent les référents pour cette mise en œuvre. Les réunions autour du projet personnalisé donnent lieu à un calendrier annuel. L'IDEC pilote une réunion par semaine pour passer en revue 3 PPA. Le calendrier de ces réunions PPA n'a pas été transmis à l'équipe de contrôle : le suivi annuel de ces PPA n'est donc pas garanti. Le RAMA 2022 précise que [] PPA ont été effectués : ont été privilégiés les résidents entrés récemment et ceux qui n'avaient pas été consultés par l'équipe pluridisciplinaire. Or, il y a eu [] admissions en 2022. Ainsi au regard des 87 résidents présents au 31 décembre 2022, seuls [] % des résidents ont vu leur PPA actualisé en 2022. La procédure transmise préconise que le référent soignant et/ou le soignant donne rendez-vous au résident en dehors du temps de soin pour le rendre acteur de son projet d'accompagnement. Chaque soignant a 5 ou 6 résidents en charge²¹. La procédure ne précise pas les outils facilitant la participation du résident. Elle ne précise pas non plus les règles de nomination ou de choix du référent ni les missions de ce référent.	R	L311-3 2° CASF (libre choix des prestations offertes) L311-3 3° CASF (PAI et consentement du résident) L311-3 7° CASF (participation directe du résident au PAI) R4312-14 (IDE recherche consentement patient) D312 155.0 3° (PAI et projet de vie en EHPAD) HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - Décembre 2008 HAS, "Le projet personnalisé, une dynamique du parcours d'accompagnement", 2018 et "Qualité de vie en EHPAD, votes 1 et 2", 2011 et 2012
3.1.4.4	Ecart 13 : Seuls [] % des projets personnalisés ont été actualisés en 2022, ce qui contrevient à l'article L.311-3-3 du CASF. La commission de coordination gériatrique : Les deux comptes rendus de la commission gériatrique transmis à l'équipe de contrôle datent de 2019 et de 2020. Ainsi il n'est pas établi qu'elle se tient au moins une fois par an. Chargée de coordonner l'intervention des professionnels salariés et libéraux, la commission gériatrique de l'EHPAD Perray Vauchuse n'est composée que des cadres de l'EHPAD : aucun professionnel libéral intervenant sur l'EHPAD ne fait partie de cette commission (absence du pharmacien, du kinésithérapeute et de l'ergothérapeute, pas de dentistes alors qu'une convention est passée avec une clinique sur cette question, pas d'orthophoniste...) ni aucun membre du CVS. Le médecin généraliste et le psychiatre ne sont pas non plus mentionnés comme étant membres de la commission gériatrique. Le RAMA n'est pas présenté à la commission : il ne lui est pas fait part de l'analyse sur les chutes, les contentions, les risques de dénutrition, les risques d'escarres et toute la politique préventive de l'EHPAD. Ecart 14 : La commission de coordination gériatrique ne se réunit pas une fois par an, ce qui contrevient à l'article D.312-158 du CASF. Les réunions de synthèse et de transmission : Une réunion de synthèse médicale par pavillon animée par le MedCo a lieu chaque semaine pendant 15 mn. Le RAMA précise que ces réunions ont pour but de mettre en place des actions immédiates en fonction des problèmes posés²².	E R	D312-158, 3° (MEDCO préside la commission réunie au moins 1x/an) du CASF Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles HAS, "La Commission de coordination gériatrique", 2018

²¹ Source : questionnaire n° 7 transmis à l'équipe d'inspection.

²² RAMA 2021, p.27.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	3 temps de transmission sont organisés afin d'assurer les liens entre équipe du matin, équipe de l'après-midi puis équipe de nuit : à la mi-journée il est de 30mn, le matin et le soir il est de 15mn. Les transmissions sont faites sur le logiciel [REDACTED] (support papier en cas de panne informatique)²³. Cependant le lieu de réalisation des transmissions n'est pas toujours adapté. La formalisation de ces temps notamment le matin et le soir demande à être mieux garantie par l'organisation du travail. Les instances de prévention : Concernant la prévention des chutes, un bilan de véracité est réalisé lors de chaque admission. Les rapports de chute sont remplis sur [REDACTED] par les AS et IDE. Le médecin est systématiquement informé. Une évaluation pluridisciplinaire (AS, IDE, Ergothérapeute, Médecin, Psychiatre) est réalisée pour établir les causes et limiter les risques de nouvelles chutes et leurs conséquences. Un suivi ergothérapeutique et une prescription de kinésithérapie sont mis en place en fonction des besoins. Plusieurs manques sont observés : - Une commission des chutes n'est pas mise en place. - Le signalement des chutes est chronophage du fait de l'existence de deux circuits (circuit EI et circuit déclaration de chutes). Concernant les escarres, un protocole est mis en place. Le matériel préventif est mis en place et adapté en fonction des besoins par l'ergothérapeute en lien avec le médecin, IDE et AS. Le traitement des escarres est effectué par le médecin et les IDE. Si nécessaire, une consultation spécialisée est demandée. Le suivi est tracé dans le dossier informatisé. Remarque 17 : L'absence de commission chutes et l'existence de deux circuits pour les chutes ne permettent pas la mise en place d'une politique optimisée de prévention des chutes.		
3.1.4.5	L'intervention des professionnels médicaux Le MedCo qui est aussi chef du Pôle médico-social est déclaré médecin traitant pour les 89 résidents présents en mars 2023. Ce choix est surprenant au regard de la présence d'un médecin généraliste à mi-temps sur l'établissement et de la charge de travail du médecin coordonnateur qui est également chef du Pôle médico-social. Cependant, cette caractéristique est clairement présentée dans le livret d'accueil du résident (p.10) mais se fonde sur le libre choix du résident (Livret d'accueil p.12). Cf. Remarque 4, p.15		D313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux) L314-12 du CASF (rôle médecins libéraux dans EHPAD) D312-158 2° CASF (missions du MEDCO)
	Le rôle des bénévoles : Depuis 2019, les bénévoles n'interviennent plus dans l'EHPAD²⁴.		
2.5.4.3	Les appels malades : L'établissement n'a transmis aucun relevé d'appel malades. Cependant le livret d'accueil en fait mention (p.11). L'équipe de contrôle ne peut établir si ceux-ci sont fonctionnels. Des EI établissent qu'ils dysfonctionnent régulièrement. Cette question est d'autant plus importante que les résidents sont répartis en 3 pavillons, que des AS peuvent être souvent seuls une demi-journée pour 29 résidents, et que la nuit 5 à 6 personnels maximum sont présents. Remarque 18 : Au vu des documents fournis notamment la liste des EI, les appels malades dysfonctionnent régulièrement.		L313-4 CASF L311-3 CASF Art. D312-155-0, I, 2°

²³ Source PACQ, Q75, p.22.

²⁴ Source : PACQ, Q52, p.14.

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.2.2 3.2.2.5	Le livret d'accueil : Il présente trois manques : - Il n'est pas fait mention de l'accès au dossier administratif. - Il n'est pas fait mention du recours possible à une personne qualifiée - Il n'est pas précisé que le conseil de la vie sociale n'est pas qualifié pour traiter des situations individuelles. Le contrat de séjour : Il ne précise pas le numéro de chambre du résident, ce qui ne permet pas de garantir que tout changement de chambre donne lieu à un avenant au contrat permettant de s'assurer du consentement de la personne à changer de lieu de vie. Bonne pratique : le paragraphe sur la liberté d'aller et venir décrit la procédure d'établissement d'un avenant au contrat de séjour lorsque cela est nécessaire. L'enquête de satisfaction de novembre 2022 établit que [REDACTED] Contrairement à ce qui est mentionné dans l'annexe 3 du contrat de séjour, une personne de confiance peut être désignée par un résident sous protection juridique sous réserve de l'accord du juge des tutelles (article L.311-5-1 du CASF et article L.1111-6 du code de la santé publique). Les tarifs dépendance mentionnés dans l'annexe 6 ne correspondent à l'arrêté pris par la Mairie de Paris en date du 21 décembre 2021. Ecart 15 : Le livret d'accueil ne fait pas mention du recours possible à une personne qualifiée, ce qui contrevient à l'article L.311-4 et à la circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative au livret d'accueil. Remarque 19 : La charte des droits et libertés n'est pas systématiquement remise au résident nouvellement admis. Remarque 20 : Le contrat de séjour contient une indication erronée concernant la possibilité pour un résident sous protection juridique de désigner une personne de confiance. Remarque 21 : Les tarifs dépendance indiqués dans l'annexe 6 du contrat de séjour sont erronés.	E R	L311-3, 6° CASF (info de l'utilisateur sur ses droits et protections, voies de recours à sa disposition) L311-4 CASF (Livret d'accueil et contrat de séjour) L311-4-1° CASF (annexe au contrat de séjour relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir) L311-5 (appel à une personne qualifiée) L311-5-1 et D311-0-4 CASF (personne de confiance) Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative au livret d'accueil L311-4, 6° annexe CASF (transmission des coordonnées pers de confiance par la structure précédente) L1111-6 CSP et L311-5-1 et D311-0-4 CASF (information et désignation personne de confiance)
3.2.3.1	La liberté d'aller et venir : Une procédure de contention physique a été transmise à l'équipe de contrôle, cependant elle concerne la MAS.	R	L311-3 1° CASF (Liberté d'aller et venir du résident) R311-0-7 CASF (évaluation pluridisciplinaire et élaboration de l'annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir) R311-0-8 CASF (MedCo et directeur prenant des mesures de protection)

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
	Les contentions sont prescrites par le médecin pour des résidents ayant fait des chutes répétées avec fractures. Elles font l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire. La mise en place est réévaluée en synthèse. Les temps de retrait journalier de la contention sont décrits sur la prescription. La mise en place et son rôle sont expliqués au résident ²⁵ .		face à comportement dangereux de résident) R311-0-9 CASF (réévaluation de l'annexe sur la liberté d'aller et venir) Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée HAS octobre 2000
	La périodicité de la révision de l'annexe au contrat de séjour concernant la liberté d'aller et venir n'est pas posée dans la procédure, ce qui ne garantit que partiellement le droit du résident. Le règlement de fonctionnement, dans son paragraphe 1.3.3.2, mentionne un délai de 6 mois.		
	Les RAMA 2021 et 2022 contiennent un paragraphe sur la prévention des chutes : le préambule affirme que « la prévention des chutes ne passe pas par la contention des résidents » (p.15). Mais les contentions ne sont pas analysées.		
	Remarque 22 : La procédure de contention physique ne concerne pas l'EHPAD.		
	Remarque 23 : Le RAMA ne propose pas d'analyse des contentions.		

Soins

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.2.22	Le circuit du médicament : Une fiche « préparation, contrôle et administration des traitements médicamenteux à l'EHPAD » a été transmise à l'équipe de contrôle. Elle date de septembre 2021. Elle est complète et détaillée en envisageant le cadre des délégations aux aides-soignants. Concernant le circuit du médicament, le PACQ souligne que des professionnels non concernés peuvent accéder à la pharmacie²⁶. Ecart 16 : L'accès à la pharmacie n'est pas restreint au seuls professionnels habilités (IDE), ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.	R	R4311-3 CSP (IDE peut réaliser des protocoles de soins) R4311-4 CSP (délégation de soins courant de la vie quotidienne) R4311-7 CSP (actes rôle sur prescription IDE) R.4311-5 (4°) CSP (rôle propre IDE- aide prise médicament non injectable) L313-26 CASF (aide à la prise de médicament si acte de la vie courante) L311-3 1° CASF (sécurité du résident)
3.8.2.24	L'évaluation de la douleur : Le protocole d'évaluation et de traçabilité de la douleur physique a été établi en juillet 2015. Il concerne les services de psychiatrie du GHU et n'est pas spécifique à l'EHPAD. Il établit que l'évaluation de la douleur se fait lorsque le résident exprime une douleur et ne précise pas comment cette évaluation est ensuite prise en charge, à quelle fréquence elle s'opère et par qui. Le logiciel auquel fait référence le document est [REDACTED] alors que le logiciel de traçabilité des soins utilisé par l'EHPAD est [REDACTED] L'évaluation de la douleur est planifiée dans le plan de soins sur le logiciel de soins. Le médecin est informé par l'équipe de façon systématique. Cependant, l'équipe n'est pas complètement sensibilisée à ces évaluations²⁷.	R	L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur) L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en ESMS) R4311-2, 5° CSP (Rôle propre de l'infirmier) Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/04 du 11 février 1999, Guide méthodologique Le déploiement de la bientraitance Les

²⁵ Source : PACQ, Q96, p.31.

²⁶ Source : PACQ, Q77, p.23.

²⁷ Source, PACQ, Q94, p.29.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
	Le RAMA 2021 décrit la prise en charge de la douleur : prescriptions ré-évaluées, séances de kinésithérapie, de relaxation (Snoezelen), incitation à la mobilisation. Mais il ne mentionne aucune donnée chiffrée.		principes de centralisation : décision d'une charte, HAS, 2012.
	Remarque 24 : Le RAMA ne comporte aucune donnée chiffrée sur la prise en charge de la douleur.		
	Remarque 25 : Le protocole de la douleur n'est pas spécifique à l'EHPAD et ne mentionne pas la périodicité de l'évaluation.		
	Le protocole relatif aux soins palliatifs : Le protocole transmis date de décembre 2020, il concerne les résidents de la MAS.		
3.8.2.25	L'équipe est sensibilisée à la prise en charge en soins palliatifs, une convention est formalisée avec le réseau [REDACTED] Des protocoles individualisés sont formalisés si besoin ²⁸ . Aucun élément sur les soins palliatifs ne figure dans le projet d'établissement ni dans le livret d'accueil.	R	L1111-11 CSP R1111-19 CSP R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE) D312-158 CASF RBPP HAS Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, 2017
	Le RAMA évoque le partenariat avec l'unité mobile [REDACTED] en 2021, il a été sollicité pour [REDACTED] Il n'a pas été sollicité en 2022 ²⁹ .		
	Remarque 26 : Le protocole relatif aux soins palliatifs n'est pas spécifique à l'EHPAD.		
	Le suivi nutritionnel : Le PACQ mentionne que la pesée à l'arrivée n'est pas systématique et qu'elle est effectuée moins d'une fois par trimestre (Q42, p.11).		
	Le RAMA 2021 mentionne des pesées systématiques mais sans mention de périodicité ni de chiffrage du nombre de pesées par mois et par résident (p.14).		
3.4.3.9	La liste transmise à l'équipe de contrôle ne comporte qu'un poids par résident sans date : elle ne permet pas d'établir une fréquence de pesées. Sur la liste transmise, [REDACTED] a un IMC légèrement inférieur à 20 (19,75), mais sa pesée date du 30 mai 2022.		D312-155-0-2 CASF (actions de prévention) doctrine régionale 2019-074 de l'ARSIdF L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité) HAS recommandations du 10 novembre 2021 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson
	Remarque 27 : Le RAMA ne contient aucune donnée chiffrée concernant les pesées.		
	Remarque 28 : La pesée des résidents chaque mois n'est pas garantie.		
	Les repas : Les heures de repas tels que décrits dans le projet d'établissement sont les suivants 6h Café 8h30 à 9h30 : petit déjeuner 12h-13h : déjeuner 15h30-16h : goûter 18h30-19h30 : dîner Après dîner : tisane.		

²⁸ Source PACQ, Q97, p.31.

²⁹ Source : RAMA 2022, p.26.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
	Lors du CVS du 1 ^{er} juillet 2022, il est proposé d'accompagner le café de 6h du matin d'une proposition de yaourts, ce qui permettrait de garantir que le jeune nocturne est inférieur à 12h. Les équipes de nuit, sensibilisées, proposent désormais avec la tisane une collation. En revanche l'absence de plat de substitution est regrettable (PACQ, Q35, p.10). Plus généralement, l'enquête de satisfaction de novembre 2022 témoigne d'une insatisfaction globale sur la qualité de l'alimentation, ce qui recoupe les remarques remontées en CVS.		

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

En cas de besoin, les résidents sont pris en charge rapidement soit par les médecins spécialistes du GHU (ophtalmo et dentiste) soit par l'hôpital [redacted] soit par l'hôpital privé gériatrique [redacted] avec lesquels une convention est signée (ORL, dentiste)³⁰. Les résidents issus de secteur psychiatrique font l'objet d'un engagement de reprise signé, au cas où ce dernier ne s'adapte pas à la structure ou en cas de décompensation majeure.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
	Les interventions des personnels libéraux : Le PACQ mentionne l'absence d'intervention du MedCo auprès des intervenants libéraux et donne comme objectif d'en organiser ³¹ .		
4.2.1.2	Le RAMA 2021 mentionne [redacted] interventions en kinésithérapie, [redacted] ordonnances de kinésithérapie et [redacted] interventions de psychologues. Le RAMA 2022 mentionne [redacted] ordonnances, [redacted] interventions en kinésithérapie et [redacted] interventions de la psychologue. Le document transmis à l'équipe de contrôle précise que [redacted] résidents ont été pris en charge par les kinésithérapeutes au dernier trimestre 2022. La pédicure-podologue intervient sur demande des professionnels de l'EHPAD. Une convention avec une clinique gériatrique a été signée en 2011 pour des bilans en hôpital ou une hospitalisation urgente. Mais le RAMA ne mentionne pas le nombre de sollicitations.		R313-30-1 CASF (contrat entre prof libéral et EHPAD) D311 V 8° CASF (contrat de séjour-liste prof libéraux intervenant sur l'EHPAD) L314-12 du CASF (condition au contrat avec les prof libéraux)

³⁰ Source : PACQ, Q69, p.19.

³¹ Source PACQ, Q71, p.20.

Récapitulatif des écarts et des remarques

N°	Référence	Ecarts relevés par la mission
E1	1.2.1.6 Management et stratégie	Ecart 1 : Le plan bleu n'est pas suffisamment détaillé sur la gestion des crises, en particulier sur l'évacuation de l'établissement et les défaillances énergétiques, ce qui contrevient à l'instruction interministérielle DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
E2	1.2.2.1 et 1.2.2.7 Management et stratégie	Ecart 2 : Au regard des fonctions et des responsabilités de la directrice référente du pôle médico-social, celle-ci ne peut exercer la direction de l'EH PAD au sens de l'article D.312-155-0 du CASF.
E3	1.2.2.14 Management et stratégie	Ecart 3 : Le temps de Mecdo n'est pas conforme à l'article D.312-156 du CASF entré en vigueur le 1er janvier 2023.
E4	1.2.2.14 Management et stratégie	Ecart 4 : Le MedCo n'a pas les diplômes requis, ce qui contrevient à l'article D312-157 du CASF.
E5	1.3.3.1 Animation et fonctionnement du CVS	Ecart 5 : La proportion entre représentants des usagers et représentants de l'institution au sein de CVS n'est pas conforme aux proportions définies par l'article D.311-5 du CASF.
E6	1.3.3.2 Animation et fonctionnement du CVS	Ecart 6 : Le CVS n'est pas informé des événements indésirables graves, ce qui contrevient à l'article R.331-10 du CASF.
E7	1.4.3.1 : Gestion de la qualité	Ecart 7 : La dernière évaluation externe date de 2014.
E8	1.5.1.3 / 1.51.5 : Gestion des risques des crises et des événements indésirables	Ecart 8 : La définition des EIG est réduite aux EIG liés aux soins associés aux soins ce qui contrevient à la définition du CASF, en son article L.331-8-1.
E9	1.5.1.3 / 1.51.5 : Gestion des risques des crises et des événements indésirables	Ecart 9 : Des EIG n'ont pas été déclarés aux autorités de contrôle et n'ont pas fait l'objet de retours d'expérience, ce qui n'a pas permis la mise en œuvre de mesures préventives et contrevient à l'article L.331-8-1 du CASF.
E10	2.1.1.1 et 2.1.4.5 Gestion des ressources humaines	
E11	2.1.2.1 Gestion des ressources humaines	Ecart 11 : Le nombre de formations aux gestes d'urgence ne permet pas de garantir le renouvellement des AFGSU de tous les personnels, ce qui ne permet pas de garantir suffisamment la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article 311-3 du CASF.
E12	2.1.4.4 Gestion des ressources humaines	Ecart 12 : Les fiches de planification journalière ne différencient pas les différents métiers (ASH et AS). Des glissements de tâches sont repérés dans la description des tâches des AS et ASH entre AS, ASH et infirmiers, ce qui impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge, et contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
E13	3.1.3.3 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 13 : des projets personnalisés ont été actualisés en 2022, ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge individualisée, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.

E14	3.1.4.4 : Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 14 : la commission de coordination gériatrique ne se réunit pas une fois par an, ce qui contrevient à l'article D.312-158 du CASF.
E 15	3.2.2.2/3.2.2.5 : Respect du droit des personnes	Ecart 15 : le livret d'accueil ne fait pas mention du recours possible à une personne qualifiée, ce qui contrevient à l'article L. 311-4 et à la circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative au livret d'accueil.
E16	3.8.2.2.22 Soins	Ecart 16 : L'accès à la pharmacie n'est pas restreint au seuls professionnels habilités (IDE), ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.

N°	Référence	Remarques relevées par la mission
R1	1.2.1.2 Management et stratégie	Remarque 1 : Le règlement de fonctionnement n'est pas assez précis sur certains points, notamment sur les mesures à prendre en cas de violence sur autrui
R2	1.2.2.1 et 1.2.2.7 Management et stratégie	Remarque 2 : L'organigramme fourni ne permet pas de comprendre l'organisation de la direction de l'EHPAD et ne formalise pas les liens hiérarchiques et fonctionnels.
R3	1.2.2.6 Management et stratégie	Remarque 3 : Il n'existe pas de fiche de poste de directeur.
R4	1.2.2.12 Management et stratégie	Remarque 4 : L'IDEC n'a pas de certification d'infirmière coordonnatrice
R5	1.2.2.14 Management et stratégie	Remarque 5 : Le rôle et les missions du médecin généraliste ne sont pas explicités, ainsi que ses liens avec le Medco.
R6	1.4.1.7 Gestion de la qualité	Remarque 6 : Le PACQ n'est pas actualisé suite aux enquêtes de satisfaction et aux événements indésirables.
R7	1.4.3.1 : Gestion de la qualité	Remarque 7 : Il n'existe pas de référent qualité qui ne soit pas en position hiérarchique
R8	1.4.3.1 : Gestion de la qualité	Remarque 8 : Aucune analyse de pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur à la structure n'est mise en place.
R9	1.4.3.2/1.4.3.3 : Gestion de la qualité	Remarque 9 : Il n'existe pas de procédure spécifique concernant les actes de violence commis au sein de l'établissement, alors même que [REDACTED] des EI sont classés dans la catégorie « violence ».
R10	1.5.1.5/1.5.1.6 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Remarque 10 : La culture de l'Ei et du retour d'expérience n'est pas répandue dans l'établissement.
R11	2.1.1.1/2.1.4.5 Gestion des ressources humaines	Remarque 11 : le temps de travail du Medco consacré à l'EHPAD n'est pas présenté de manière cohérente et précise
R12	2.1.13 Gestion des ressources humaines	Remarque 12 : [REDACTED]
R13	2.1.2.1 Gestion des ressources humaines	Remarque 13 : NIE Medco ni IDEC ne dispensent de formations à destination du personnel de l'EHPAD sur des thèmes gériatologiques (nutrition, déshydratation, chutes, escarres, troubles de la déglutition, soins bucco-dentaires, etc...).

R14	2.1.2.5 Gestion des ressources humaines	Remarque 14 : Il n'existe pas de livret spécifique pour les aides-soignants. Le document « cursus ASHQ » contient des éléments qui concernent le métier d'AS et non d'ASH (notamment tout ce qui concerne le soin).
R15	2.1.4.2 Gestion des ressources humaines	Remarque 15 : Les temps de transmission écrites pour les AS ne sont pas garantis par les fiches de planification journalière.
R16	3.2.1.2 : Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 16 : Le nombre d'évaluations multidimensionnelles établies à l'admission n'est pas porté sur le RAMA.
R17	3.1.4.4 : Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 17 : L'absence de commission chutes et l'existence de deux circuits pour les chutes ne permettent pas la mise en place d'une politique optimisée de prévention des chutes.
R18	2.5.4.3 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 18 : Au vu des documents fournis notamment la liste des EI, les appels malades dysfonctionnent régulièrement.
R19	3.2.2.2/3.2.2.5 : Respect du droit des personnes	Remarque 19 : La charte des droits et libertés n'est pas systématiquement remise au résident nouvellement admis.
R20	3.2.2.2/3.2.2.5 : Respect du droit des personnes	Remarque 20 : Le contrat de séjour contient une indication erronée concernant la possibilité pour un résident sous protection juridique de désigner une personne de confiance.
R21	3.2.2.2/3.2.2.5 : Respect du droit des personnes	Remarque 21 : Les tarifs dépendance indiqués dans l'annexe 6 du contrat de séjour sont erronés.
R22	3.2.3.1 : Respect des droits des personnes	Remarque 22 : La procédure de contention physique ne concerne pas l'EHPAD.
R23	3.2.3.1 Respect du droits des personnes	Remarque 23 : Le RAMA ne propose pas d'analyse des contentions.
R24	3.8.2.24 Soins	Remarque 24 : le RAMA ne comporte aucune donnée chiffrée concernant la prise en charge de la douleur et ne mentionne pas la périodicité de l'évaluation.
R25	3.8.2.24 : Soins	Remarque 25 : Le protocole de la douleur n'est pas spécifique à l'EHPAD
R26	3.8.2.25 : Soins	Remarque 26 : Le protocole relatif aux soins palliatifs n'est pas spécifique à l'EHPAD.
R27	3.4.3.9 Soins	Remarque 27 : Le RAMA ne contient aucune donnée chiffrée concernant les pesées.
R28	3.4.3.9 Soins	Remarque 28 : La pesée des résidents chaque mois n'est pas garantie.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD «EHPAD», géré par le GHUPPN a été réalisé à partir du 13 mars 2023, à partir des documents transmis par l'établissement.

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

- Gouvernance :
 - o La présence d'outils de management
 - o Une équipe médicale diversifiée
 - o Des astreintes organisées au niveau du GHU.
 - o La réunion régulière du CVS.
 - o Un plan d'amélioration continue de la qualité associé à des grilles d'évaluation des pratiques à observer.
 - o Un protocole d'accueil des nouveaux salariés, complet, soutenant et proposant des auto-évaluations régulières est mis en place.
 - o Une politique de promotion de la bientraitance associée à une démarche de labellisation « [REDACTED] », qui s'accompagne de formations régulières liées au projet.
 - o Une évaluation interne complète.
 - o Des procédures de traitement des événements indésirables établies pour l'ensemble du GHU qui définissent les objectifs de la déclaration des événements indésirables, garantissent l'anonymat du déclarant comme du résident et mentionne le principe d'une analyse collégiale pour tous les EIAS graves.
- Gestion des ressources humaines
 - o Un plan de développement des compétences qui a permis à [REDACTED] personnes de suivre au moins une formation entre 2021 et 2023.
 - o Une procédure d'accueil des nouveaux salariés complète et intégrative
- Prise en charge
 - o Une procédure d'admission claire et progressive.
 - o Un protocole d'élaboration et de suivi du projet personnalisé du résident
 - o Un livret d'accueil du résident et un contrat de séjour élaborés dans le cadre du respect des droits des personnes.
 - o Une procédure relative aux contentions,
 - o Une procédure de prise en charge de la douleur
 - o Un protocole lié à une démarche palliative.

Elle a cependant relevé les dysfonctionnements suivants :

- L'absence de définition des événements indésirables graves, associée à une absence de déclaration aux autorités de contrôle, et à un défaut d'information du CVS ainsi qu'une absence de retours d'expérience
- L'absence de différenciation des métiers d'ASH et d'AS et des tâches qui sont dévolues aux ASH, aux AS et aux IDE.
- Un plan bleu insuffisamment détaillé sur la gestion des crises et notamment en cas d'évacuation due l'établissement et de défaillances énergétiques.
- Des fonctions de direction au sein de l'EHPAD insuffisamment définies.
- La non-conformité du temps de présence du médecin coordonnateur.
- La non-conformité de la composition du CVS.
- Une évaluation externe datée de plus de 7 ans.
- Un nombre de personnel présent chaque jour dans chaque pavillon insuffisant.
- Un nombre de formations aux gestes d'urgence insuffisant.
- La non-conformité de la commission de coordination gériatrique.
- Un livret d'accueil qui ne mentionne pas la possibilité de recourir à une personne qualifiée.

- L'absence de procédure spécifique concernant les actes de violence commis au sein de l'établissement.
- L'absence d'analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur.
- L'absence de formations sur des thèmes gériatologiques.
- L'absence de temps de transmission écrites garantis pour les aides-soignants.
- L'absence de régularité dans le suivi des évaluations multidimensionnelles, des chutes et des pesées
- Des procédures qui concernent l'ensemble du GHU ou la MAS et qui n'ont pas été adaptées au public spécifique de l'EHPAD.

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

Saint Denis, le 16 mai 2023

Mme Firyel ABDELJAOUAD Chargée du contrôle des ESMS parisiens Ville de Paris 	Madame Christel ROUGY Ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris de l'ARS-IdF 
--	---

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 : Finyel ABDELJAOUAD
Courriel : [REDACTED]
Téléphone : [REDACTED]

Madame Finyel ABDELJAOUAD, coordinatrice
de la mission d'inspection, 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 3 mars 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 contrôlée » validée par le Conseil national de pilotage des ARS. Il s'inscrit dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

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 PERRY VAUCLUSE (FINESS géographique 910017250) situé au CH Perray Vaucuse, 91360 Perray Vaucuse, géré par l'EPPS Perray Vaucuse, qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

5436 Quai de la Râpée
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

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

Ce contrôle, diligent sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants ainsi que sur le fondement des articles L.1421-1 et L.1435-7 du Code de la santé publique, 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 Firyel ABDELJAOUAD, Coordonnatrice 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.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;

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 vendredi 3 mars 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 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.

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'adjoite à la sous-directrice de l'Autonomie
Direction des Solidarités



Servanne JOURDY

Annexe 2 : Liste des documents demandés

Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces PERRY VAUCLUSE

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	OUI
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)	OUI
3	Règlement de fonctionnement	OUI
4	Plan des locaux de l'établissement	OUI
5	Projet d'établissement	OUI
6	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)	OUI
7	Organigramme comportant les noms et temps de travail des personnels (Excel si possible)	OUI
8	Diplôme du directeur de l'EHPAD	OUI
9	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD	OUI
10	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	OUI
11	Procédures et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)	OUI
12	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois + légende (Excel)	OUI
13	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	OUI
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	OUI
15	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, 3 derniers bulletins de salaires	OUI sauf diplôme
16	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS	OUI
17	Les comptes rendus des CVS N et N-1	OUI
18	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation	OUI
19	Dernière évaluation externe	OUI
20	Dernière évaluation interne	OUI
21	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2	OUI (N-1 uniquement)
22	Registre des plaintes et réclamations	NON
23	Les trois dernières réclamations et leur traitement	NON
24	Procédure de gestion des événements indésirables	OUI
25	Procédure de déclaration externe des dysfonctionnements graves	OUI
26	Liste des EI et EIG des années N-1 et N	OUI
27	Liste des signalements au Procureur de la République des années N-1 et N	NON
28	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les trois derniers EIG	NON (un seul EIG datant de 2019)
29	Registre du personnel N-1 & N-2 comportant les indications sur les ETP (Excel)	OUI
30	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir + ETP (Excel)	OUI
31	Bordereaux de mission des personnels intérimaires pour le mois précédent	NON
32	Plan de développement des compétences (formation internes et externes) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1 (Excel si possible)	OUI
33	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)	OUI
34	Tableau du personnel des unités PASA ou UHR (Excel)	NC

35	Les attestations de formation ou de qualification relatives à la prise en charge des maladies neuro-dégénératives du personnel dédié à ces unités	NC
36	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit + Légende (Excel)	OUI
37	Une fiche de tâches horaires, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AES (ou AMP), ASG, IDE	OUI
38	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	OUI
39	Liste des professionnels à contacter en cas d'absence	OUI
40	Tous les diplômes du personnel de nuit	OUI
41	Tous les diplômes du personnel d'un étage de week-end.	OUI
42	Procédure d'admission des résidents	OUI
43	La procédure d'élaboration et de mise à jour du PAI/PP/PVI/PAP	OUI
44	Les 2 derniers CR et feuilles d'emargement de la commission de coordination gériatrique	OUI
45	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	OUI
46	Relevé des appels malade du mois M-1 (Excel si possible)	NON
47	Planning des réunions organisées avec l'équipe de soins sur les 6 derniers mois	OUI
48	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	OUI
49	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)	NON
50	Livret d'accueil du résident	OUI
51	Contrat de séjour type et ses annexes	OUI
52	Procédure relative aux contentions	OUI
53	RAMA	OUI
54	Convention pharmacie EHPAD	NC
55	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	OUI
56	Liste des personnes concernées par la délégation de l'administration des médicaments sur le semestre en cours	OUI
57	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	OUI
58	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	OUI
59	Le planning hebdomadaire des intervenants paramédicaux libéraux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) : avec indication pour chaque professionnel des jours de présence, de son identité, sa qualification, le nombre de résidents pris en charge sur le trimestre t-1 + Légende (Excel)	OUI
60	Relevé des pesées mensuelles pour chaque résident, le relevé des IMC et le relevé des albuminémies, pour tous les résidents accueillis dans la structure en année N-1 (Excel)	OUI
61	Les évaluations gériatriques réalisées : nature et résultat des évaluations réalisées, tous résidents en année N-1 (Excel)	OUI
62	Nature et résultats des évaluations douleur réalisées au cours de l'année N-1 (Excel)	NON
63	Liste des résidents sous contention avec pour chacune d'elle le motif, la dernière date de mise en place et le nom du prescripteur (Excel)	OUI

