

Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France
Délégation Départementale de Paris
Sous-Direction de l'Autonomie
Direction des Solidarités Ville de Paris

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
«EHPAD Les Terrasses du XXème»
5 Rue de l'Indre, 75020 Paris
N° FINESS : 75 000 364 2**

**RAPPORT DE CONTRÔLE
N° «2023_IDF_00259»
Contrôle sur pièces du 06/ 02 /2023**

Mission conduite par :

- Madame Sophie PASQUIER, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection, chargée de mission Secteur Personnes Agées, Délégation Départementale de Paris, Agence Régionale de Santé Ile-de-France
- Madame Fanny REYNAUD, 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

Accompagnée par

- Docteur Anne SIMONDON, conseiller médical, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris;
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, conseiller médical, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris.

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
- Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles

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 depositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	5
Contexte de la mission de contrôle.....	5
Modalités de mise en œuvre.....	5
Présentation de l'établissement.....	6
Constats.....	8
Gouvernance	9
Conformité aux conditions de l'autorisation.....	9
Management et Stratégie.....	11
Animation et fonctionnement des instances	14
Gestion de la qualité.....	14
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	16
Fonctions support.....	19
Gestion des ressources humaines	19
Prises en charge.....	23
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	23
Respect des droits des personnes	24
Soins.....	26
Relations avec l'extérieur.....	28
Coordination avec les autres secteurs.....	28
Récapitulatif des écarts et des remarques	29
Conclusion	30
Glossaire.....	32
Annexes	33
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	33
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	35

Synthèse

Éléments déclencheurs de la mission

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

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

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

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines (RH)

PRISE EN CHARGE

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

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Cf chapitre « Conclusion ».

Introduction

Contexte du contrôle sur pièces :

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

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

Les informations connues par l'ARS et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD «Les Terrasses du XXème», situé au 5 Rue de l'Indre, 75020 Paris, (N° FINESS: 75 000 364 2), dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

Le contrôle de cet établissement, diligenté à ce titre sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de réaliser une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 6 février 2023, avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 6 février 2023. Un e-mail a été transmis à la direction le 6 février 2023, auquel étaient joints :

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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 5 rue de l'Indre, 75020 Paris, l'EHPAD « Les Terrasses du XXème » est géré par la S.A KORIAN, dont le siège social se situe 21-25, Rue Balzac 75008 Paris.

Autorisé par arrêté du 12 juillet 1996, l'EHPAD «Les Terrasses du XXème » dispose de 60 places en hébergement permanent, dont 25 places habilitées à l'aide sociale.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS du 28/11/2017, le GMP s'élève à [REDACTED] et le PMP à [REDACTED]. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en dessous des chiffres médians régionaux¹ susmentionnés.

Les 49 résidents accueillis en 2021 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD 2021 (source EPRD 2022)	[REDACTED] %	[REDACTED] %	[REDACTED] %	[REDACTED] %	[REDACTED] %
IDF ² 2021	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Le budget de fonctionnement est de 1 518 417,07 € en 2022 dont 407 239 € au titre de la dépendance et 1 111 178,07 € au titre du soin (base reconductible au 31/12/2022 au titre du soin : 1 025 932,29 €).

Le CPOM a été signé le 16/07/2019. Les objectifs généraux sont :

- Renforcer :
 - la coordination des soins afin de réduire les hospitalisations évitables ;
 - la prise en charge en soins palliatifs ;
- Améliorer :
 - la prise en charge des troubles psycho-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer ;
 - l'accès à l'hygiène et à la santé bucco-dentaire des résidents ;
- Fidéliser les personnels et stabiliser les équipes soignantes ;
- Maintenir ou tendre vers un taux d'occupation élevé dans les EHPAD ;
- Maintenir la qualité et renforcer l'individualisation de la prise en charge.

Les EHPAD du groupe KORIAN participent au dispositif IDE de nuit :

Objectifs actés dans le CPOM :

- Création de 2.4 postes (ETP) d'IDE de nuit mutualisés sur 5 établissements (Les Terrasses du XXème, Korian Saint-Simon, Magenta, Les Amandiers et les Arcades).
- Intervention chaque nuit dans les 5 EHPAD et astreinte avec déplacement supplémentaire en cas de besoin.

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

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

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Les Terrasses du XXème		
Nom de l'organisme gestionnaire	KORIAN		
Numéro FINESS géographique	75 000 364 2		
Numéro FINESS juridique	75 004 577 5		
Statut juridique	Privé à but lucratif		
Option tarifaire	Tarif partiel		
Pharmacie à usage interne (PUI)	NON		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ³	60	60
	HT ⁴	0	
	UVP ⁵		12
	PASA ⁶	0	
	UHR ⁷	0	
	UPHV ⁸	0	
	AJ ⁹	0	
	AN ¹⁰	0	
	PFR ¹¹	0	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	25		

³ Hébergement permanent⁴ Hébergement temporaire⁵ Unité de vie protégé / unité protégé⁶ Pôle d'activité et de soins adaptés⁷ Unité d'hébergement renforcée⁸ Unité pour personnes âgées vieillissantes⁹ Accueil de jour¹⁰ Accueil de nuit¹¹ Plateformes d'accompagnement et de répit

Constats

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

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

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

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	L'EHPAD est-il conforme aux conditions de l'autorisation (nombre de places en-hébergement permanent, hébergement temporaire, PASA, UHR, accueil de jour et accueil de nuit) ?					L313-1 alinéa 4 du CASF (autorisation pour 15 ans, info si changement d'activité, d'installation, d'organisation, de direction ou de fonctionnement, renouvellement autorisation selon résultats évaluation) L313-4 CASF (conditions d'accord de l'autorisation) D313-15 CASF (% par GIR) * accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 supérieure à 15 % de la capacité autorisée ainsi qu'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 supérieure à 10 % de la capacité autorisée* & R 332-1 CASF (APA établissement 60 ans) D312-155-0-1 CASF (PASA) D312-155-0-2 CASF (UHR) D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire)
		Taux de présence au jour du contrôle / taux d'occupation N-1					
		Maintenir/atteindre un taux d'occupation des places d'hébergement permanent en EHPAD supérieur à 95%	O		L'EHPAD est conforme aux conditions d'autorisation (60 places d'hébergement permanent) ; Le nombre de résidents présents le jour du contrôle est de 60 soit un taux d'occupation de 100 % L'établissement ne dispose pas de place d'hébergement temporaire.		
		Maintenir/atteindre un taux d'occupation des places d'hébergement temporaire en EHPAD supérieur à 70%					
		Maintenir/atteindre un taux d'occupation des places d'accueil de jour en EHPAD supérieur à 70%					
1.1.2.2	Conformité aux conditions d'autorisation	Maintenir/atteindre un taux d'occupation de l'accueil de jour autonome à 70%					Art. D312-155-0-1 (PASA) Art. D312-155-0-2 (UHR) D312-8 et -9 CASF (accueil temporaire) RBPP : "L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative en PASA" (ANESM- 13/12/2016)
		La direction a-t-elle rédigé un projet de service spécifique au PASA et/ou à l'UHR ? Le projet d'établissement prévoit-il les modalités d'organisation et de	SO	SO	L'établissement ne dispose ni de PASA, ni d'UHR.		

N° ICA S	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
		fonctionnement de l'accueil temporaire ?					
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation	Quelle est la proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 et dans les GIR 1 à 2 ? Ces proportions sont-elles conformes à la réglementation ?	O		Le jour du contrôle soit le 06/02, l'établissement accueillait 10 de résidents classés dans les GIR 1 à 3 et 10 de personnes en GIR 1 et 2. Ces proportions sont conformes à la réglementation.		D313-15 du CASF (EHPAD : 2 critères cumulés doivent être remplis : "Les EHPAD accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 > à 15 % de la capacité autorisée et une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 > à 10 % de la capacité autorisée")

Management et Stratégie

N°ICAS	Sous-thème	Point de contrôle	O C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.2.1.1	Management et Stratégie	Existe-t-il un règlement de fonctionnement ?	O		Un règlement de fonctionnement a été transmis. La trame du document date du 12/07/2022. La date de prise d'effet du règlement de fonctionnement n'est pas indiquée.		L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement fonctionnement)
1.2.1.2	Management et Stratégie	Le contenu du règlement de fonctionnement est-il conforme à la réglementation ? - respect des droits des personnes prises en charge, - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - sécurité des personnes et des biens, - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui	O		Le règlement de fonctionnement traite bien de tous les points prévus par la réglementation.		R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)
1.2.1.4	Management et Stratégie	Existe-t-il un projet d'établissement formalisé en cours de validité, signé par l'organisme gestionnaire après validation par le CVS et transmis à l'ARS et à la Ville de Paris ?		NC	Le projet d'établissement pour la période 2023/2028 est en cours de réalisation. Il n'a pas été transmis de projet d'établissement couvrant la période 2018-2022	Ecart	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 siège-projet d'établissement)
1.2.1.5	Management et Stratégie	Le contenu du projet d'établissement est-il conforme à la réglementation ? * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement) * Présentation des enjeux et mission * Caractéristiques des personnes accueillies * Nature de l'offre de service et organisation * Management de l'EHPAD * Projet social et logistique * Personnalisation des PVI * Projet général de soins incluant la prise en charge médicamenteuse élaboré par le médecin		NC	Cf supra. La mission ne peut se prononcer sur cette question.		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° du CASF (prestation du siège social pouvant être autorisée dans les frais de siège : participation du siège à l'élaboration/l'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	Sous-thème	Point de contrôle	O /	N /	C NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège le projet de soins, intégré dans le projet d'établissement ? * Bienveillance et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs						
1.2.1.6	Management et Stratégie	Existe-t-il un « plan bleu » actualisé et adapté à la structure ? Ce plan contient-il : - les modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre selon les risques - les modalités de la continuité d'activité - les modalités de la reprise d'activité	O			L'établissement a transmis un plan bleu actualisé en date du 19/05/2022. Les modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre selon les risques sont précisées.		L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge) D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) D312-155-4-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique) 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.
1.2.2.1	Management et Stratégie	Y-a-t-il un directeur en poste dans l'établissement ? Existe-il un organigramme à jour (noms et ETP) de la structure ? L'organigramme traduit-il les liens hiérarchiques et fonctionnels ?	O			Une directrice est présente dans l'établissement à 1 ETP. Un organigramme a été transmis. Il indique le nom, la fonction et la quotité de travail pour chaque salarié présent. Les liens hiérarchiques ne sont cependant pas clairement définis		L315-17 (directeur EHPAD public) et D 312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé) 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
1.2.2.6	Management et Stratégie	Existe-t-il une fiche de poste ou une lettre de mission pour le directeur ?	O			Le directeur dispose d'une fiche de fonction. Celle-ci n'est pas spécifique à l'établissement mais commune à l'ensemble des EHPAD du groupe.		L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé) D312-176-6 du CASF (certification de niveau I du directeur)
1.2.2.7	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	O			La directrice est titulaire d'un master en management des organisations sanitaires et médico-sociales.		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)
1.2.2.8	Management et Stratégie	Existe-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des astreintes techniques ?	O			Il existe des astreintes administratives : Celles-ci sont assurées par l'IDEC, l'attachée de direction et la gouvernante. Un planning est établi par mois. Les personnes concernées assurent 1 ou 2 semaines d'astreinte par mois. La mission s'étend que la directrice n'assume pas d'astreinte administrative.	R	
1.2.2.10	Management et Stratégie	Les délégations ont-elles été formalisées par écrit ?	O			La directrice dispose d'une délégation de pouvoirs et de signature du directeur régional IDF Nord du groupe Korian.		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur - EHPAD privé - adressé au CVS et autorités compétentes)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
							R314-88 CASF (prestations incluses dans les frais de siège-DUD) D315-68 CASF (contenu délégation, EHPAD public) D315-70 CASF (transmission et publication des délégations) D315-71 CASF (délégation de signature pdi du CA-> directeur)
1.2.2.12	Management et Stratégie	L'EHPAD dispose-t-il d'un IDEC ? - Contrat de travail - Fiche de poste ou feuille de route - Diplômes d'infirmier et de cadre de santé - Inscription à l'ordre des infirmiers	O		Une IDEC est présente à temps plein sur l'établissement. Elle dispose d'un contrat de travail, d'une fiche de poste. Son diplôme d'IDE a été transmis ainsi que son certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement.		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)
1.2.2.14	Management et Stratégie	Existe-t-il un médecin coordonnateur (MEDCO) ou un médecin responsable de l'équipe et de la coordination de la prise en charge ? Le temps de présence du MEDCO est-il conforme à la réglementation ?	O		Un médecin coordonnateur est présent sur l'établissement à hauteur de 0,7 ETP d'après l'organigramme et la liste des effectifs présents. Cependant le contrat transmis à la mission en date de 2018 indique un temps de présence de 0,5 ETP et il n'a pas été communiqué d'avenant au contrat indiquant le passage de 0,5 à 0,7 ETP. La mission ne peut donc s'assurer que le temps médecin coordonnateur est conforme à la réglementation (0,6 ETP pour un établissement de 60 places).	R	D312-156 du CASF (ETP MEDCO)
1.2.2.15	Management et Stratégie	Les qualifications, diplômes, fiche de poste ou lettre de mission du MEDCO sont-ils conformes à la réglementation ?	NC		L'établissement n'a adressé que son attestation de diplôme.	E	D312-157 CASF (diplôme MEDCO) et D312-159-1 CASF (contrat du MEDCO) décret n°2005-560 du 27 mai 2005 (qualification, missions et rémunération MEDCO)

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances	Conseil de la vie sociale : Il y a-t-il un CVS en place ? Date de la dernière élection ? La composition du CVS est-elle conforme à la réglementation ? Le règlement de fonctionnement a-t-il été approuvé par le CVS ? Qui établit les ordres du jour et modalités de communication ? Combien de fois se réunit le CVS chaque année ? Qui est chargé de rédiger les comptes rendus ?	O	O	Un CVS est en place. Il s'est réuni 3 fois en 2022. Il est composé de : - la directrice de l'établissement - 3 représentants du personnel - 4 représentants titulaires des résidents - 3 représentants titulaires des familles Les comptes rendus sont rédigés par la directrice. Son règlement de fonctionnement a été approuvé lors du CVS suivant la désignation des nouveaux membres. La mission ne dispose pas des informations relatives à l'établissement des ordres du jour et modalités de communication.		D3114 à D311-20 CASF Nouvelle réglementation du CVS : entrée en vigueur au 1er 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
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances	Le CVS est-il informé des EI et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ?		NC	Les procédures de traitements des EI/EI(G)/réclamations ont été présentées lors du CVS. Il est indiqué que « sur demande, l'ensemble des dysfonctionnements recensés sur l'année » seront présentés en CVS.	E	R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement)

Gestion de la qualité

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.4.1.7	Gestion de la qualité	Existe-t-il un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ? Fait-il l'objet d'un suivi en COPIL qualité ? Quelle est la composition du COPIL qualité ? Les prestations effectuées en sous-traitance (restauration, ménage, lingerie...) font-elles l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ?	O		La direction a transmis un plan d'amélioration continue de la qualité. Il concerne différentes thématiques comme : - Management Stratégique et Gouvernance - Qualité de vie au travail - Management de la qualité et des risques - Gestion du risque infectieux - Parcours du patient/résident - Prise en charge de la douleur - Droits et accompagnement du patient/résident et de son entourage - Restauration... D'après le document transmis, ce plan d'amélioration continue de la qualité fait l'objet d'un suivi selon les thématiques par entre autres, un COPIL établissement, une commission des soins, le CODIR établissement, la commission restauration, la commission éthique et bientraitance, la CME...		L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)

N°CAS	Sous-thème	Point de contrôle	O C	N /	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
					L'établissement a transmis les résultats des enquêtes de satisfaction des années 2021 et 2022. Celles-ci ont porté sur les thématiques suivantes : - Environnement de l'établissement - Qualité de la restauration - Qualité des soins - Vie sociale - Communication - Hébergement - Mesures préventives contre le COVID 19. Il ressort de ces enquêtes un taux de satisfaction globale de [] (résidents) et [] (familles) sur 10 en 2021 et de [] (résidents et familles) sur 10 en 2022.		
1.4.2.1	Gestion de la qualité	Existe-t-il une démarche d'évaluation externe et interne ? A quelle date ces évaluations ont-elles été réalisées ? Ont-elles été transmises aux autorités ayant délégué l'autorisation ? Les actions engagées suite au rapport de l'évaluation externe ont-elles été incluses dans le PACQ ?		NC	La direction a transmis l'évaluation interne de 2013 et l'évaluation externe de 2014. Il apparaît donc que l'établissement n'a pas procédé à une autre évaluation interne depuis (évaluation interne tous les 5 ans).	E	L312-8 du CASF (évaluation externe de la qualité des prestations délivrées, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité) D312-204 (calendrier évaluations -tous les 5 ans) R314-38 CASF (prestations incluses dans les frais de siège) D312-200 CASF (transmission du rapport évaluation + observations écrites à l'autorité de contrôle et à la HAS) D312-203 CASF (mention des actions d'amélioration continue de la qualité dans le rapport annuel d'activité)
1.4.3.1	Gestion de la qualité	Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance : - la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est-elle mentionnée dans le livret d'accueil ? - repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque (violences physiques et/ou violences morales et/ou violences sexuelles...) - existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? - plan de formation adapté. - plan de soutien des personnels Quelle est la participation du médecin coordonnateur ?		NC	Le livret d'accueil du résident précise que le groupe a « défini un ensemble de bonnes pratiques et réalise des audits qualité sur les résidences pour s'assurer de leur application ». Il y est également indiqué le numéro national de lutte contre la maltraitance (39 77) et que tout acte de négligence ou de maltraitance dont le résident serait victime ou témoin doit être signalé à la direction ou à l'équipe de soins. Les plans de formation réalisés pour 2021 et 2022 ont été transmis. Ils ne prévoient aucune formation sur la bientraitance. Un tableau intitulé « formation 2022 » a également été communiqué sur laquelle est indiquée la promotion de la bientraitance mais il apparaît selon l'intitulé de la première colonne qu'il s'agit d'une sensibilisation ou d'un rappel de bonnes pratiques et il n'est pas précisé la durée de cette sensibilisation ni le nombre de salariés concernés.	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) Circular 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
1.4.3.2	Gestion de la qualité	Existe-t-il des procédures abordant les situations de violences ou harcèlements sexuels entre : - deux personnes accueillies	O		La procédure d'alerte, signalement et suivi des EIG précise que les violences à caractère sexuel entre deux personnes accueillies, une personne accueillie et un membre du personnel ou deux professionnels sont considérés comme des EIG à déclarer.		Obligation hors fonction publique, Art. 40 du code de procédure pénale (obligation de signalement de tout agent public si

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		- une personne accueillie et un membre du personnel - une personne accueillie et une personne extérieure à la structure - deux professionnels Le signalement des faits a-t-il été effectué auprès de l'autorité judiciaire est-il réalisé ?			Un cas d'agression entre 2 résidents et [REDACTED] a été transmis à l'ARS. Cet EIG n'a pas été transmis à la Ville de Paris	E	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 sévices)
1.4.3.3	Gestion de la qualité	Existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ? Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés aux autorités d'autorisation ? Les cas de maltraitance identifiés au sein de la structure ont-ils été signalés au Procureur de la République ? L'article L. 313-24 du CASF qui protège notamment tout salarié ayant témoigné d'actes de maltraitance ou les ayant relatés, est-il respecté ?		O	Les situations d'agression figurent comme EIG dans la procédure de signalement. Il est fait mention de l'article L313-24 du CASF protégeant les personnes déclarant de tels agissements. Aucun acte de maltraitance n'a été signalé aux autorités d'autorisation. Cf. ci-dessus.		L119-1 CASF (Définition maltraitance) L331-8-1 CASF (déclaration EI à autorité compétente) R331-8 CASF (déclaration EI à autorité compétente) arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS Art434-3 CODE PENAL (sanction si non signalement de faits de maltraitance) L313-24 CASF (protection du signalant)

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
1.5.1.1	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des : - enquêtes de satisfaction, - réclamations - plaintes des résidents ? Les éléments signalés par les enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations font-ils l'objet : - d'une rédaction systématique d'une réponse écrite au déclarant - de la réalisation d'un suivi et d'un bilan		O	Il existe un système d'enregistrement et de suivi des réclamations. La direction de l'établissement a ainsi transmis un tableau intitulé « registre de plaintes et réclamations » recensant les réclamations et les remerciements adressés en 2021, 2022 et 2023. Sont recensées 5 réclamations pour 2021, 4 réclamations pour 2022 et 1 pour 2023. Les réclamations reçues font l'objet d'un accusé-réception de la direction et d'une réponse par courriel au déclarant. Au regard du tableau transmis, les réclamations font l'objet d'un suivi systématique. La procédure de signalements des EI prévoit qu'ils font l'objet d'un suivi et d'un bilan systématiques.		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		systematiques des réclamations et des signalements ?				
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Existe-t-il une procédure de déclaration des événements indésirables ?		Les procédures de déclaration des événements indésirables (elles datent du 17 mars 2022), ainsi que de déclaration des événements indésirables graves et événements indésirables graves associés aux soins (elles datent du 26 août 2022) ont été transmises par l'établissement. Elles sont détaillées.		
		Le plan de développement des compétences comporte-t-il des formations relatives à la classification / identification des différents EI ?	O	Le plan de développement des compétences transmis ne comporte pas de formations relatives à la classification / identification des différents EI.	R	L313-24 CASF (protection du salarié déclarant) RBPP HAS, "Mission du responsable d'établir et rôle de l'encadrement dans 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)
		Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables ?		Les modalités de signalement sont les suivantes : La personne déclarante initie la fiche de signalement d'EI sur l'outil de déclaration [REDACTED] avec informations dont la catégorie de l'événement et l'évaluation du risque. Le déclarant valide la fiche et conserve le numéro de signalement. Si l'EI est un EIG (tels les troubles du comportement), le déclarant informe sans délai le directeur de l'établissement ou son remplaçant. La procédure de signalement des EIG est alors déclenchée. Le circuit de signalement des EIG compte 5 étapes : l'alerte à réaliser sans délai par oral ou par téléphone (alerter membre de la direction ou le DR ou permanence EIG ; l'évaluation au risque ; le signalement interne dès que possible après l'alerte par le directeur ou son remplaçant (ouverture d'une fiche EIG ; signalement externe à faire sans délai (les troubles du comportement comme l'ensemble des EIG) à déclarer auprès de l'ARS et de la Ville de Paris) ; suivi et analyse des causes, avec plan d'actions, le mois suivant l'EIG. La clôture de l'EIG est obligatoire et effectuée lorsque l'événement est résolu, dans un délai maximum de trois mois. La procédure veut que la clôture de l'EIG est effectuée au niveau de l'ARS par un mail récapitulatif des actions mises en œuvre.		
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Quelles sont les modalités de suivi, analyses et retex des EI ?		La personne qui reçoit l'EI doit le traiter dans les plus courts délais. Le CODIR de l'établissement procède à l'évaluation de chaque déclaration. L'EI est analysé et coté, permettant un niveau de hiérarchisation des risques. Le CODIR renseigne dans les fiches de signalement des EI les actions correctives à mettre en œuvre et fait un retour au déclarant [REDACTED]. Le CODIR clôture les fiches EI lorsque les actions correctives ont été mises en place.		L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (obligation de déclaration dysfonctionnement 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'établ et rôle de l'encadrt / maltraitance", 2008
		Des actions ou mesures préventives ou correctives sont-elles mises en œuvre ?	O	Les RETEX comprennent plusieurs phases : la constitution de l'équipe et les participants ; la description de l'EIG et la chronologie ; la chronologie et l'identification des écarts ; l'analyse de la méthode ; l'analyse du fonctionnement de la cellule de crise ; le plan d'actions et les conclusions		
		Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ?		Des actions correctives sont mises en œuvre pour les EI. Le plan d'actions préventif et correctif est mis à jour sur l'outil de déclaration PELIKAN. Une analyse et un bilan des EI sont réalisés une fois par an.		
		Le signalement des faits à effectuer auprès des autorités administratives est-il réalisé ?	N	Il n'a pas été relevé que ces actions ou mesures préventives ou correctives concernant les EI sont incluses dans le PACQ. Le bilan des EIG, est lui, intégré au bilan annuel qualité, gestion des risques et présenté au CVS sur demande.	E	L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration EIG/EIGS à l'autorité compétente) R1413-67 à 70 CSP (déclaration et suivi des EIGS) L1413-14 et R1413-79 CSP (déclaration des infections associées aux soins, IAS)
1.5.1.6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Des retours d'expériences sont-ils élaborés dans les 3 mois et transmis a		Depuis 2020, l'établissement n'a fait remonter en février 2023, qu'un seul EIG datant de janvier 2023. La mission s'étonne fortement du très faible nombre de signalements remontés depuis 3 ans.		

N°GAS	Sous-thème	Point de contrôle	O /	N /	C /	NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		l'autorité compétente selon les procédures réglementaires en vigueur ?					L'établissement a ainsi signalé à l'ARS une agression entre deux résidents. Ce signallement n'a pas été tenu compte par la Ville de Paris. Contrairement à la procédure de signalement des EIG, la fiche de déclaration aurait dû être transmise dans les 48 heures à l'ARS et à la Ville de Paris.		Article 40 Code de procédure pénale (plainte et dénonciation au pénal)

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	La composition de l'équipe pluridisciplinaire recensée est-elle conforme à la réglementation ? Quels sont les effectifs prévus / en poste ? Comment se répartissent-ils : - catégories professionnelles, - qualifications, - domaines, - qualité de travail (ETP) - statuts (titulaires, contrats à durée indéterminée (CDI), contrats à durée déterminée (CDD), mis à disposition, infirmières, stagiaires...), - ratios d'encadrement général et soignants (Charge en soins par IDE < 4300 ; Charge en dépendance par AS/AES < 3200 ; Capacité HP x PMP / total ETP IDE, si > 4300 cela traduit un manque ; Capacité HP x GMP / total ETP AS + AMP, si > 3200 cela traduit un manque) - Quel est le nombre de faisant-fonction d'AS ? Les effectifs sont-ils conformes aux dispositions du CPOM s'il existe ?	O		L'établissement dispose : - D'une directrice - D'une attachée de direction - D'un médecin-coordonnateur - D'une IDEC - D'une IDER - D'IDE - D'AS - D'un psychologue D'après les documents transmis, il apparaît que le poste de psychomotricien est vacant et deux postes d'IDE sur 3 sont occupés par des personnels de remplacement. Il est indiqué dans l'organigramme que des ASH faisant fonction d'AS sont en VAE. Il n'a pas été possible de les identifier au vu des plannings. Le ratio d'encadrement des IDE ainsi que celui des AS prévu est correct. Deux salariées font fonction d'AS de jour et de nuit.	R	D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante) L311-3 1° CASF (Sécurité résident) L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité) L311-8 CASF
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	Quelle est la proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme ?			Les documents transmis ne permettent pas de connaître le nombre de CDD et de CDI et leur date d'entrée dans l'établissement. Cependant, l'étude des registres du personnel fournis laisse apparaître un recours massif aux CDD.	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	Gestion des ressources humaines	Combien de professionnels en intérim par catégorie professionnelle par rapport aux emplois liés à l'activité normale et permanente de l'établissement ?			L'établissement ne compte pas de personnel intérimaire.		Article L. 1242-2 du Code du travail Articles L. 1242-1 et L. 1248 du Code du travail D. 312-155-0 II11 du CASF L311-3 CASF Cour de Cassation, Chambre criminelle : arrêt du 8 juin 2021 (Pourvoi n° 20-83.574) à

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
							propos d'un EHPAD francilien d'un autre groupe
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un plan de développement des compétences pour les années N et N+1 ? - Formations externes + mini formations sur les thématiques et procédures de soins de l'EHPAD - Les professionnels ont-ils accès à des formations externes ? - Les professionnels ont-ils accès à des formations diplômantes ? - Quels sont les thèmes des formations (bientraitance, douleur, fin de vie, mesures barrières, gestes qui sauvent...) - Est-ce que tous les professionnels ont accès aux actions de formation ? - Le médecin coordonnateur contribue-t-il à la mise en œuvre de la politique de formation ? - Quelle est la place faite à la prévention de la maltraitance ? - Les personnels sont-ils sensibilisés aux troubles du comportement ou aux troubles sensoriels ?			Le plan de développement des compétences pour les années 2021 (bilan) 2022 et 2023 a été communiqué. De nombreuses formations sont dispensées par l'institut Formation KORIAN. Des mini formations sur les thématiques et procédures de soins de l'EHPAD ont été organisées par le médecin-coordonnateur et l'IDEC (formations douleur, grippe, rappel des gestes barrière...). Les professionnels ont accès à des formations diplômantes (VAE accompagnée : DE d'aide-soignant et DE d'assistant de service social : formations Assistant de soins en gériatriologie). Les thèmes des formations concernent : le logiciel qualité, la prise en soins des personnes atteintes de psychopathologies, les relations avec les familles, l'accompagnement de la fin de vie (suivi par une seule personne), le circuit du médicament, l'AFGSU 2 initial, les ateliers stimulation, la nutrition, la sensibilisation à la médiation-gestion de conflits, le sauvetage secourisme travail, ... Très peu de formations sont organisées sur la prise en charge du résident (rappel de bonnes pratiques). Par ailleurs, au vu d'un tableau intitulé formations 2022 transmis, les thématiques abordées (prévention des chutes, bientraitance, soins palliatifs) sont plus abordées dans le cadre de sensibilisation et de rappels de bonnes pratiques et il n'est pas indiqué le nombre de personnes concernées et la durée de la formation. Les documents transmis indiquent le nombre de salariés ayant suivi des formations (peu de salariés concernés). La fonction des professionnels concernés n'est cependant pas mentionnée.	R	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
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il un protocole d'accueil des nouveaux professionnels ? Les nouveaux arrivants sont-ils accompagnés d'un pair ? Existe-t-il des pratiques organisées de soutien aux professionnels (d'analyse des pratiques, tutorat, groupes de parole...)?			Il existe une procédure d'entrée du collaborateur sur l'établissement, datant de juin 2021. La mission n'a pas noté que les nouveaux arrivants étaient accompagnés d'un pair. Le protocole indique que la Korian Academy intervient dans la prise en charge de l'intégration du collaborateur et que sont mis en place les formations obligatoires réglementaires et internes, ainsi que le programme Korian Start Il ressort du bilan du plan de compétences 2021 qu'une formation tutorat maîtres d'apprentissage des aides-soignants a eu lieu.	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 »)
2.1.4.5	Gestion des ressources humaines	Comment est organisée la planification des professionnels : - horaires du personnel. - répartition sur la journée. - répartition sur la semaine. - temps de travail sur une période. - repos entre 2 postes ?			L'établissement n'ayant pas indiqué de légendes pour les plannings, la mission ne peut les analyser précisément. Les plannings ne permettent pas de connaître les horaires du personnel. La mission n'a pas la liste des effectifs présents le jour du contrôle. Elle ne peut donc savoir si les effectifs sont conformes aux plannings établis.	R	L311-3. 1° CASF (Sécurité du résident)

N°GAS	Sous-thème	Point de contrôle	O C	N I C	NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		Quels sont les effectifs présents le jour du contrôle ?						
		Sont-ils conformes aux plannings établis ?						
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Les personnels disposent-ils de fiches de tâches heureées adaptées ? - Description des fonctions, - conduites à tenir, - marge d'initiative et limites en cas d'événement inattendu, - possibilité de recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte...?				Les IDE, les AS ou AEAS, les AVS et les ASH disposent de fiches de tâches heureées (date d'application de ces fiches, avril 2021). Celles des IDE(8h00-20h00) et des AS (8h00-20h00) sont complétées du nom du salarié, remises en mains propres et signées ; elles comportent outre la description des tâches par tranches horaires , des informations en termes d'organisation (dont surveillance du poids) de tablettes (obligations : déclaration en cas de chutes ; évaluation de la douleur, changement de comportement, allération de l'état général), d'équipement professionnel individuel et de conduite à tenir- bon à savoir (signaler toute difficulté professionnelle, technique, relationnelle qui a un impact sur la bonne prise en charge du résident et au bien-être du salarié ; pas de tuberolement, ni n'appeler la résident par son prénom, si la salariée y est autorisée). Les AVS ont une fiche de tâches heureées couvrant l'amplitude de 8h00-20h00, et les ASH de 7h00 à 18h00, détaillant par tranches horaires, les tâches à mener. Il n'est pas fait mention sur les fiches de tâches heureées, de la personne à solliciter en cas de difficultés.	R	A inclure ,avec le glissement de tâche
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des glissements de tâches ?				A la lecture des documents, il n'apparaît pas l'existence de glissement de tâches.		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 D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES) R4311-1 CSP (missions IDE) D312-155, 2° CASF L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)
2.1.4.7	Gestion des ressources humaines	Comment la structure fait-elle face aux absences prévues et inopinées ? Existe-t-il une procédure pour organiser des remplacements ?				Un tableau intitulé procédure en cas d'absence d'AS/AMP a été communiqué. Il indique qu'en cas d'absence dans un « appartement » (regroupant trois chambres), les AS/AMP des autres étages prennent en charge pour la journée et dans leur globalité, les résidents selon un planning arrêté. L'infirmier s'occupe de la distribution des médicaments à l'étage. Les transmissions orales et écrites sont à réaliser. Cette procédure, telle que rédigée, ne permet pas aux soignants de connaître précisément leurs modalités d'intervention dans ce cas de figure.	R	
						L'établissement dispose d'une liste de contacts d'ASDE/ AMPI/AES, d'IDE et d'AVS. Il est de constater que les fonctions des salariés qui peuvent être sollicités ne sont pas systématiquement indiquées (?), tout comme les numéros de téléphone (case vide ou « dossier »).	R	

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
2.1.4.10	Gestion des ressources humaines	Quelles sont les qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end ?			L'établissement a transmis les diplômes de 4 salariées, soit : Une aide-soignante diplômée d'Etat ; une titulaire d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique ; une autorisée à exercer en tant qu'aide-soignante ; une titulaire d'un certificat de qualification professionnelle d'assistant de vie, ayant suivi en outre, la formation d'assistante de soins en gérontologie (attestation de décembre 2022) et par ailleurs inscrite dans un parcours VAE d'aide-soignante. Or, l'organigramme transmis prévoit 5 personnels de nuit, dont une faisant fonction d'AS nuit. Par ailleurs, il n'a pas été transmis les diplômes des personnels indiqués comme remplaçants sur l'organigramme.	R	

Prises en charge

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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O /	N /	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.1.1.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La procédure d'admission des résidents est-elle conforme à la réglementation ? La procédure prévoit-elle que le MEDCO donne son avis au moment de l'admission ?	O		La procédure d'admission date de 2018 avec révision de 2022. Elle prévoit la participation du résident dans le processus d'admission jusqu'à 30 jours après son arrivée. Elle prévoit également que le médecin coordonnateur donne son avis sur l'admission.		(obligation certifié 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 D312-158 2° CASF (missions du MedCo)
3.2.1.2	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Au moment de l'admission, y a-t-il une évaluation Norton, Braden, chutes, escarres, déglutition, douleur ?			La procédure d'admission précise la tenue d'une visite à domicile ainsi que la proposition d'un bilan gériatrique. Le RAMA précise qu'une évaluation motricité et équilibre a lieu pendant le bilan gériatrique.		D312-155-3 2° (donne un avis sur admission) CASF (11 missions MedCo sous la responsabilité du responsable de l'EHPAD)
3.1.3.3	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Y a-t-il un référent « PAI » par résident ? Qui contribue à l'élaboration, à la rédaction, à la validation des projets d'accueil de vie, d'accompagnement, à leur suivi et évaluation ainsi que de leurs évolutions et mises à jour ? Avec quelle périodicité, quels motifs (évolution du comportement) ? Les personnes accueillies participent-elles à l'élaboration et à la mise en pratique de leur projet d'accueil et d'accompagnement de leur contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge ?	O		Il est prévu un référent PAI pour 3 à 5 résidents. Sa fonction n'est pas précisée. Une équipe pluridisciplinaire (médec, IDEC, psychologue, animateur, IDE et soignants) participe à l'élaboration, à la rédaction et au suivi du PAI. La périodicité prévue est de six mois pour les résidents de l'UVP et d'un an pour les résidents des unités classiques. D'après les documents, la personne accueillie occupe une place centrale dans l'établissement de son PAI.		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, volets 1 et 2", 2011 et 2012 D312-158, 3° (MEDCO préside la commission réunie au moins 1x/an) du CASF
3.1.4.4	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Existe-t-il une commission de coordination gériatrique et se réunit-elle au moins une fois par an ? L'ordre du jour de la commission gériatrique est-il conforme à la réglementation ? Existence et fréquence de réunions de synthèse, des temps de transmissions d'étude de cas, composition de ces réunions sur prévention, thérapeutiques, rééducation ?	O		Selon le RAMA 2020, la commission de coordination gériatrique s'est tenue cette année-là. D'après le document prise en charge médicalement, ce sujet fait partie des points abordés pendant la commission de coordination gériatrique.		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
3.1.4.5	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Quelles sont les modalités d'intervention des professionnels médicaux (médecins traitants, dentistes, psychiatres...), notamment quelle est la part de résidents couverts par un médecin traitant et quelle est l'utilisation du logiciel de soins ?			Le livret d'accueil précise que les professionnels extérieurs peuvent continuer à suivre le résident après son entrée en EHPAD et qu'au besoin il peut avoir un accompagnement pour trouver de nouveaux professionnels.	R	D313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux) L314-12 du CASF (rôle médecins libéraux dans EHPAD) D312-158 2° CASF (missions du MEDCO)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
					Selon le RAMA 2020, « les intervenants libéraux ne tracent pas tout dans le dossier résident informatisé, malgré une sensibilisation ».		
2.5.4.3	Sécurité	Existe-t-il des systèmes d'appel pour les résidents : dans les chambres, dans les cabine de toilette, dans les lieux communs ? La réponse aux appels des résidents (sonnettes...) est-elle raisonnable ?			Si le relevé des appels malades a été transmis, celui-ci est difficilement exploitable et ne permet pas clairement d'évaluer la rapidité d'intervention suite à un appel.	R	L313-4 CASF (docs sur droits du résident) L311-3 CASF 1° (sécurité du résident) Art. D312-155-0, 1, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.2.2.2 3.2.2.5	Respect des droits des personnes	Le livret d'accueil, le contrat de séjour et ses annexes permettent-ils de vérifier le respect des droits des personnes ?	O		Le livret d'accueil fourni comporte un volet dédié aux droits du résident (droits liés aux soins, à la prise en charge, les données personnelles, la consultation du dossier médical, ...) en plus de renseigner le numéro national contre la maltraitance. Le contrat de séjour qualifie également certains droits du résident en renvoyant vers le livret d'accueil fourni.		L311-3, 6° CASF (Info de l'usager 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/SDS n°2004-138 du 24 mars 2004 relative au livret d'accueil L311-4, 6° alinéa CASF (transmission des coordonnées pers de confiance par la structure précédente) L111-6 CSP et L311-5-1 et D311-0-4 CASF (information et désignation personne de confiance)
3.2.3.1	Respect des droits des personnes	Existe-t-il une procédure relative aux contentions ? Les contentions font-elles toutes l'objet d'une prescription médicale ? Sont-elles complétées et analysées dans le RAMA ?	O		D'après le document fourni, datant de janvier 2019, il existe bien une procédure relative aux contentions passives. Celle-ci est divisée en plusieurs étapes systématiques : analyse de la situation de recours aux contentions, information du résident et de sa personne de confiance (à défaut son tuteur), la mise en place d'une prescription encadrée et adaptée par le médecin traitant, l'installation des contentions les meilleures conditions de confort et de sécurité, la surveillance physique et psychologique du résident sous contention et enfin le suivi et la réévaluation régulière de la pertinence de la mesure de contention.		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) R331-0-8 CASF (MedCo et directeur prennent des mesures de protection face à comportement dangereux de résident) R331-0-9 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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
					La procédure fournie et le RAMA 2020 précisent bien que l'établissement pratique une politique ou la contention est envisagée comme un « dernier recours » dont la mise en place ne peut avoir lieu que sur prescription médicale du médecin traitant. Le RAMA 2020 fait état d'un taux de [REDACTED] de contentions parmi les résidents [REDACTED] contentions).	2000	Art. 3 Charte des droits et libertés des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance : « Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société ».

Soins

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.8.2.9	Soins	Existe-t-il une convention partenariale à jour entre l'EHPAD et une officine ? Quels sont les moyens de transmissions : - des ordonnances de l'EHPAD à l'officine, - des conseils thérapeutiques de l'officine, - des observations entre EHPAD et officine	O		L'établissement dispose d'une convention avec l'officine [REDACTED] dans le 12^{ème} arrondissement. Celle-ci date du 22/11/2021. L'officine a accès aux ordonnances nominatives de l'EHPAD par le Dossier Résident Informatisé qui doit garder toutes les informations médicales du patient, dont ses ordonnances. D'après la convention, un système d'échange entre l'officine et l'EHPAD existe via la plateforme [REDACTED] qui permet théoriquement, à tout moment, à l'officine de consulter les informations nécessaires au bon suivi pharmaceutique et d'échanger des informations avec l'établissement. Les informations disponibles sont alimentées par le médecin traitant et l'équipe médicale sous la supervision du médecin coordonnateur. Toujours d'après la convention, en plus de l'espace d'échange disponible sur [REDACTED] l'EHPAD et l'officine sont engagés dans une démarche de « pharmacie clinique » visant à engager une collaboration entre les deux acteurs pour assurer une prise en charge optimisée selon des critères de sécurisation, de pertinence et d'efficacité. Cette démarche se manifeste par le partage d'informations et d'observations pertinentes par les deux acteurs. Ce point fait également l'objet de discussion par le CCG.		R. 5132-13 CSP (données apposées sur ordonnance par officine) R4235-48 CSP (mission du pharmacien) L5126-6-1 CSP R5132-22 CSP (pharmacie délivre médicament avec présentation ordonnance) Bonnes pratiques - ordre des pharmacies - dispensation des médicaments (juillet 2021)
3.8.2.22	Soins	Comment est organisée la délégation d'administration des médicaments par l'IDE ?			Une liste des personnes habilitées à distribuer des médicaments, établie sous la responsabilité du directeur et en collaboration avec l'IDEC et le MEDEC a été transmise. D'après un document fourni sur la prise en charge médicamenteuse, en date de février 2022, l'IDE peut déléguer l'acte d'administration des médicaments à un aide-soignant diplômé si elle est certaine que ses compétences sont adaptées, notamment par des formations internes. La responsabilité repose toujours sur l'IDE dans ce cas. Cela s'applique aussi bien de jour comme de nuit. En cas d'absence d'IDE de nuit, celle-ci doit préparer préalablement tous les médicaments qui seront administrés par les aides-soignants diplômés et identifiés. Elle doit ensuite vérifier la traçabilité des prises et interroger les aides-soignants.		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) R4311-5 (4 ^{ème}) 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 ^{er} CASF (sécurité du résident)
3.8.2.24	Soins	Existe-t-il un protocole de dépistage et de lutte contre la douleur conforme à la réglementation ? Existe-t-il au moins une évaluation de la douleur par un pour chaque résident de l'établissement ?	O		Le livret douleur fourni vise à informer et sensibiliser le personnel de l'établissement à la détection de la douleur. Le document propose alors une définition de celle-ci tout en citant plusieurs types de douleurs existants. Plusieurs outils d'évaluation de la douleur sont disponibles (EVA, EN, EVS, DoloPlus-2 ...) qui sont accompagnés de protocoles de traçabilité dans le Dossier Résident Informatisé ou dans le Dossier Patient Informatisé. Un volet est également dédié aux prises en soin non médicamenteuses contre la douleur. Le livret fait également état de modules de formations internes disponibles. Le document précise que l'évaluation de la douleur du résident doit être périodique pendant son séjour, par exemple à l'occasion de son projet personnalisé dont la révision est au moins annuelle. De plus, un document « évaluation douleurs 2022 » a été transmis. La mission estime donc que le caractère annuel de ce type d'évaluation est établi.		L1110-5 CSP (droit aux meilleurs soins, apaisement de la douleur) L1112-4 CSP (prise en charge de la douleur en EMS) R4311-2, 5 ^{ème} CSP (Rôle propre de l'infirmier) Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999 Guide méthodologique Le déploiement de la bientraitance Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte, HAS, 2012.
3.8.2.25	Soins	Existe-t-il un protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie (évaluation précoce, directives anticipées, personne de confiance) rédigé, validé et connu du personnel ?	O		L'établissement a signé une convention avec l'association [REDACTED] pour assurer la prise en charge des résidents « atteints d'une maladie grave évolutive en situation palliative ». Le contrat de séjour et le livret d'accueil mentionnent l'expression des directives anticipées comme un droit du résident.		L1111-11 CSP R1111-19 CSP R4312-43 CSP (Utilisation protocole par IDE) D312-158 CASF

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O C	N /	NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		Le RAMA comporte-t-il des éléments sur le sujet ?				Le RAMA 2021 transmet le nombre de personnes ayant bénéficié de l'intervention d'une HAD dans le cadre d'un accompagnement palliatif jusqu'à la fin de vie et le nombre de résidents ayant bénéficié d'interventions d'une équipe mobile de soins palliatifs.		RBPP HAS Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, 2017
3.4.3.9	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il un suivi mensuel des pesées ? L'état nutritionnel des résidents est-il satisfaisant (IMC) ?			NC	Au regard des documents transmis, la mission ne peut établir le caractère mensuel des pesées. La mission s'interroge sur le manque de personnalisation du suivi nutritionnel des résidents, car peu importe leur IMC, la majorité partage le même régime alimentaire.	R	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 reco 2007 HAS reco 10 novembre 2021 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N° IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBpp
4.2.1.2	Coordination avec les autres secteurs	Existe-t-il un planning des interventions de personnels médicaux et paramédicaux libéraux ? La présence des kinésithérapeutes est-elle régulière au cours de la semaine (3 jours par semaine, a minima) ?		C	L'établissement a transmis un planning d'intervention des personnels paramédicaux libéraux (2 kinésithérapeutes, un orthophoniste et un pédicure). Il y est indiqué que les 2 kinésithérapeutes prennent en charge 57 résidents et qu'un kinésithérapeute intervient 5 jours sur 7.		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)

Récapitulatif des écarts et des remarques

Ecart	
E1	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement à jour. Réf : L311-8 du CASF.
E2	Les documents transmis ne permettent pas de constater la qualification en gériatrie du médecin-coordonnateur (DU de médecin coordonnateur, capacité de gériologie...). Réf : article D312-157 du CASF.
E3	Le CVS n'est pas automatiquement informé du bilan des EI et des EIG. Réf : R.331-10 du CASF.
E4	L'établissement n'a pas transmis d'évaluation interne depuis 2013. Réf : D.312-204 du CASF.
E5	Le seul EIG transmis depuis 2020, en date [REDACTED] 2023, a été adressé tardivement et uniquement à l'ARS. Réf : L.331-8-1 du CASF.

Remarque	
R1	La directrice n'assure pas d'astreinte administrative.
R2	La mission d'inspection n'a pu s'assurer que le temps de présence du médecin coordonnateur est conforme à la réglementation (Réf : D312-156 du CASF).
R3	Les salariés sont insuffisamment formés à la bientraitance au vu des documents transmis.
R4	Les salariés sont insuffisamment formés à la classification / identification des différents événements indésirables (EI, EIG).
R5	Les personnels en VAE ne peuvent être identifiés, au regard du planning transmis.
R6	Les taux de rotation et d'absentéisme du personnel ne peuvent être mesurés, au regard des documents transmis.
R7	Les salariés sont insuffisamment formés sur la prise en charge de la personne âgée.
R8	Les documents transmis ne permettent pas d'établir un accompagnement des nouveaux salariés.
R9	En l'absence de légende, les plannings ne sont pas exploitables.
R10	Les fiches de tâches horaires transmises ne font pas mention de la personne à solliciter en cas de difficultés.
R11	La procédure de remplacement des AS/AMP ne permet pas aux soignants de connaître précisément leurs modalités d'intervention.
R12	La liste des personnels de remplacement à contacter n'est pas à jour.
R13	La qualification de l'intégralité du personnel de nuit titulaire et remplaçant n'a pu être établie.
R14	Les intervenants médicaux ne tracent pas l'intégralité de leur intervention dans le dossier informatisé du résident.
R15	Le relevé des appels malades transmis ne permet pas d'apprécier le temps de réponse des soignants.
R16	Le caractère mensuel des pesées ne peut être établi, ainsi que l'individualisation de la prise en charge nutritionnelle.
R17	Les documents médicaux transmis ne permettent pas leur étude et sont à adresser sous format Excel.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD «Les Terrasses du XXème», géré par la S.A Korian a été réalisé à compter du 6 février 2023 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection n'a pas rencontré de difficultés particulières et constaté les points suivants :

- La présence effective du trio de tête (directeur, médecin-coordonnateur et IDEC) ;
- Un conseil de vie sociale installé et se réunissant régulièrement ;
- La qualité de l'outil PELIKAN pour déclarer et suivre les EIG.

Elle a également relevé des dysfonctionnements en matière de :

Gouvernance :

- La structure ne dispose pas de projet d'établissement à jour ;
- Contrairement au contrat de travail de la directrice, celle-ci ne fait pas d'astreinte administrative ;
- La mission n'a pu s'assurer que le temps de présence du médecin coordonnateur est conforme à la réglementation ainsi que sa qualification en gériatrie.

Gestion des risques et de la qualité :

- L'établissement n'a pas transmis d'évaluation interne depuis 2013.
- Un seul signalement n'a été transmis qu'à l'ARS depuis 2020.
- Les EI-EIG ne sont pas systématiquement présentés au CVS.
- Les salariés sont insuffisamment formés à la bientraitance et à la classification/ identification des différents événements indésirables (EI, EIG) au vu des documents transmis.

Prises en charge :

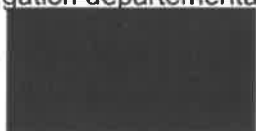
- Le relevé d'appels malades transmis ne permet pas d'apprécier le temps de réponse des soignants.
- A l'exception du tableau des pesées, les documents à caractère médical transmis ne sont pas exploitables.
- Le caractère mensuel des pesées n'est pas établi, ainsi que l'individualisation de la prise en charge nutritionnelle.

Fonctions support :

- Les salariés ne sont pas suffisamment formés à la prise en charge des résidents, au vu des documents transmis.
- Les documents relatifs aux ressources humaines (tableau des effectifs, plannings) ne permettent pas d'avoir une vision précise des effectifs en poste.
- La procédure relative au remplacement des personnels AS/AMP manquent de clarté.
- Les diplômes du personnel de nuit n'ont pas tous été transmis.

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

L'Inspectrice de
l'Action Sanitaire et Sociale
Agence Régionale de Santé Ile-de-France
Délégation départementale de Paris



Sophie PASQUIER

La chargée du contrôle des ESMS parisiens
Ville de Paris



Fanny REYNAUD

Paris, le 3 mai 2023

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



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



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 : Sophie PASQUIER
Courriel : [REDACTED]
Téléphone : [REDACTED]

Madame Sophie PASQUIER, coordonnatrice de la mission d'inspection, chargée de mission Secteur Personnes Agées, Agence Régionale de Santé d'Île-de-France, Délégation départementale de Paris,

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

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

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

Saint-Denis, le 6 février 2023

Mesdames,

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

Ce programme a pour objectif de faire, dans chacun des établissements cibles, 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 Korian Les Terrasses du XXème (FINESS géographique 750003642) situé au 5, rue de l'Indre 75020 Paris, géré par la S.A KORIAN, et qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris

94/96 Quai de la Rapée
75012 Paris
Tel : 01 43 47 77 77
paris.fr

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

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

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

La mission comprendra :

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

- Madame Sophie PASQUIER, coordonnatrice de la mission d'inspection, chargée de mission Secteur Personnes Agées, 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 ;

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités ;

Le contrôle, sur pièces, sera réalisé à compter du lundi 6 février 2023. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. La mission pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

Après réception de ces documents, leur analyse par la mission donnera lieu à l'établissement d'un rapport qui sera remis dans un délai d'un mois à compter de la réception des documents demandés. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention du contrôlé. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L.121-1 du code des relations entre le public et l'administration. Nous notifierons les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

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

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



Tanguy BODIN

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



Servanne JOURDY

Annexe 2 : Liste des documents demandés

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
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)
3	Règlement de fonctionnement
4	Plan des locaux de l'établissement
5	Projet d'établissement
6	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)
7	Organigramme
8	Diplôme du directeur de l'EHPAD
9	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD
10	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD
11	Procédures et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)
12	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois
13	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD
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
15	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, 3 derniers bulletins de salaires
16	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS
17	Les comptes rendus des CVS N et N-1
18	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation
19	Dernière évaluation externe
20	Dernière évaluation interne
21	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2
22	Registre des plaintes et réclamations
23	Les trois dernières réclamations et leur traitement
24	Procédure de gestion des événements indésirables
25	Procédure de déclaration externe des dysfonctionnements graves
26	Liste des signalements à l'ARS et/ou Ville de Paris
27	Les deux derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les deux derniers EIG
28	Registre du personnel N-1 & N-2
29	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir
30	Bordereaux de mission des personnels intérimaires pour le mois précédent
31	Plan de développement des compétences (formation) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1
32	Feuilles d'émargement N-1 et N de l'établissement
33	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)
34	Tableau du personnel des unités PASA ou UHR (excel)
35	Les attestations de formation ou de qualification relatives à la prise en charge des maladies neuro-dégénératives du personnel dédié à ces unités
36	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit
37	Une fiche de tâches heurées, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AMP, AES, ASG, IDE

38	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie
39	Liste des professionnels à contacter en cas d'absence
40	Procédure d'admission des résidents
41	Les 2 derniers CR et feuilles d'émargement de la commission de coordination gériatrique
42	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux
43	Relevé des appels malade du mois M-1
44	Procédure d'élaboration et d'actualisation du PAI
45	Livret d'accueil du résident
46	Contrat de séjour d'un résident et ses annexes
47	Procédure relative aux contentions (liste anonymisée des résidents sous contention)
48	RAMA
49	Convention pharmacie EHPAD
50	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS
51	Liste des personnes concernées par la délégation de l'administration des médicaments sur le semestre en cours
52	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur
53	Préciser les évaluations réalisées au cours de l'année N-1 avec les échelles utilisées, les scores obtenus et le nom des résidents concernés
54	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie
55	Préciser les évaluations réalisées au cours de l'année N-1 avec les échelles utilisées, les scores obtenus et le nom des résidents concernés en soins palliatifs
56	Procédure de construction et de suivi du Projet de soins des résidents et le calendrier sur l'année N-1
57	Relevé des pesées, avec indication des écarts de pesée observées, le relevé des IMC, le relevé des albuminémies, le relevé des résidents sous CNO, pour tous les résidents accueillis dans la structure en année N-1
58	Les évaluations gériatriques réalisées : nature et résultat des évaluations réalisées, tous résidents en année N-1
59	Extraction du dossier de soins informatisé de trois résidents : DLU, projet de soin, relevé des soins, des observations médicales et paramédicales sur le trimestre T-1
60	Le planning des intervenants paramédicaux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) : avec indication pour chaque professionnel de son identité, sa qualification, le nombre de résidents pris en charge sur le trimestre t-1
61	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie