

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 Harmonie »
2 Place Charles Louis, 94470 Boissy-Saint-Léger
N° FINESS : 94 071 211 0**

**RAPPORT DE CONTRÔLE
N° 2023_IDF_00215
Contrôle sur pièces du 03/03/2023**

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

AVERTISSEMENT

Un rapport de contrôle fait partie des documents administratifs communicables aux personnes qui en font la demande, conformément aux articles L. 311-1 et 2 du Code des relations entre le public et l'administration (CRPA). Ces dispositions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous.

Si, en application de ces dispositions, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent, ce droit à communication contient cependant des restrictions et notamment :

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

- Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés conformément à l'article L. 311-2 du CRPA ;
- Seul le rapport définitif, est communicable aux tiers ;
- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration.

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction.....	5
Contexte de la mission d'inspection	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 évènements indésirables	16
Fonctions support.....	18
Gestion des ressources humaines	18
Prises en charge.....	21
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	21
Respect des droits des personnes	23
Soins.....	24
Relations avec l'extérieur.....	26
Coordination avec les autres secteurs.....	26
Récapitulatif des écarts et des remarques.....	27
Conclusion.....	29
Glossaire	31
Annexes	32
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	32
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	33

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 et ont été rendues destinataires 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

PRISE EN CHARGE

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

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

10. Coordination avec les autres secteurs.

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 « Harmonie », 2 Place Charles Louis, 94470 Boissy-Saint-Léger, N°Finess 94 071 211 0, 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 3 mars 2023, avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique, le 3 mars 2023. Un e-mail a été transmis à la direction le 3 mars 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 :
 - 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**.

Présentation de l'établissement

Situé au 2 Place Charles Louis, 94470 Boissy-Saint-Léger, l'EHPAD Harmonie est géré par le Centre d'Action Sociale de la ville de Paris situé au 5 boulevard Diderot 75012 Paris.

Ouvert le 4 octobre 1971, l'EHPAD « Harmonie » dispose de 102 places en hébergement permanent, dont 24 places en UVP destinées à l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, et un PASA de 14 places.

Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour la totalité de ses places.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS des 21 décembre 2021 et 6 décembre 2021, le GMP s'élève à 705 et le PMP à 281. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en deçà pour le GMP et au-dessus pour le PMP, des chiffres médians régionaux¹ susmentionnés.

Les 94 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)	7,5%	37,23%	18,08%	36,17%	1,06%
IDF ² 2021	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Le budget de fonctionnement est de 7 053 732,88 € en 2022, dont 3 565 213,07 € au titre de l'hébergement, 767 273,00 € au titre de la dépendance et 3 373 605,78 € au titre du soin (dont 898 692,37€ de crédits non reconductibles).

Le CPOM des EHPAD du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris est en cours de négociation.

L'EHPAD Harmonie reste régi par la convention tripartite signée le 25 juillet 2016.

Les EHPAD du CASVP participent au dispositif IDE de nuit.

Une convention pluriannuelle de partenariat entre l'ARS, le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris et l'EHPAD Anselme PAYEN relative à la mise en œuvre du dispositif d'astreintes infirmières de nuit en EHPAD a été conclue le 16 janvier 2023, pour une durée de trois ans jusqu'au 31 décembre 2025.

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

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	EHPAD « HARMONIE »		
Nom de l'organisme gestionnaire	CASVP		
Numéro FINESS géographique	94 071 211 0		
Numéro FINESS juridique	75 072 058 3		
Statut juridique	Etablissement public		
Option tarifaire	Tarif global		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Oui		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ³	102	102
	HT ⁴	0	
	UVP ⁵		
	PASA ⁶	14	14
	UHR ⁷	0	
	UPHV ⁸		
	AJ ⁹	0	
	AN ¹⁰	0	
	PFR ¹¹	0	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	102		

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) ? 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% 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% Maintenir/atteindre un taux d'occupation de l'accueil de jour autonome à 70%		O	Le jour du contrôle, d'après la liste nominative des résidents, 101 résidents étaient présents dans l'établissement, soit un taux d'occupation de 99,02 %		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)
1.1.2.2	Conformité aux conditions d'autorisation	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 fonctionnement de l'accueil temporaire ?		O	L'établissement dispose d'un PASA. Son ouverture a été autorisée à compter du 15/11/2021. Un projet de service a été rédigé, la version transmise à la mission est incomplète. L'établissement a également communiqué le projet annuel 2023 du PASA présentant les 6 grandes séquences thérapeutiques de l'année en lien avec les saisons ou des événements festifs (carnaval, fêtes de fin d'année...).	R	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)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O /	N /	NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
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			La proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 est de 58,42 % et la proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 est de 75,25 %. Il est indiqué que la structure n'accueille aucun résident en GIR 5 ou 6.		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°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O /	N /	C /	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				Il s'agit d'un règlement de fonctionnement commun à l'ensemble des EHPAD du CASVP. Le règlement de fonction transmis n'est pas le dernier adopté par le Conseil d'Administration du CASVP (Dernier règlement de fonctionnement adopté le 10/10/2019). La mission ne peut s'assurer que le règlement de fonctionnement transmis aux résidents, à leurs proches et aux personnels soit le dernier adopté.	R	L311-7 CASF (règlement de fonctionnement, consultation CVS) R311-34 CASF (affichage et remise du règlement de 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 contenu du règlement de fonctionnement est conforme à 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 transmis couvre la période 2014-2018 et n'est pas à jour.	E	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	O				Le contenu du projet d'établissement transmis pour la période 2014-2018 est conforme à la réglementation. Il comporte : - Un projet de soins (amélioration de l'organisation des soins, adaptation de la prise en soins aux besoins particuliers des résidents...) - Un projet de vie (mise en œuvre des PVI, lutte contre la maltraitance, animation...) - Un projet hôtelier (restauration, circuit du linge, hygiène et sécurité des locaux...)		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

11/35

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C / NC	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
		* Personnalisation des PVI * Projet général de soins incluant la prise en charge médicale élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège le projet de soins, intégré dans le projet d'établissement ? * Bien-être et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement * Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs		— Une démarche d'amélioration continue de la qualité (procédures et protocoles) — Un projet social et managérial (formation du personnel, dialogue social, conditions de travail et prévention des risques...) Pour chaque projet, un état des lieux est proposé ainsi que des objectifs d'amélioration, un calendrier des actions à mettre en œuvre et des indicateurs d'évaluation.		
1.2.1.5	Management et Stratégie	Existe-t-il un « plan bleu » actualisé et adapté à la structure ? Ce plan contient-il : - les modalités d'organisation spécifiques à mettre en œuvre selon les risques - les modalités de la continuité d'activité - les modalités de la reprise d'activité	NC	Un plan bleu a été transmis. Il n'est pas daté et les annexes n'ont pas été transmises.	R	L311-3 ou 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	Un directeur est présent à 1 ETP. Il a le statut de directeur d'établissement sanitaire social et médico-social. Il est présent dans l'établissement L'organigramme indique les effectifs présents avec leur ETP et les liens fonctionnels entre les différents agents.		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 ou 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	Il a été transmis une fiche de poste		L315-17 du CASF (mission directeur d'EHPAD public) et D312-176-5 du CASF (privé)
1.2.2.7	Management et Stratégie	Les diplômes du directeur de l'EHPAD sont-ils réglementaires ?	O	Oui		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)
1.2.2.8	Management et Stratégie	Existe-t-il des astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres) et des astreintes techniques ?	O	Un cahier d'astreinte a été transmis. Y sont notés, les dates, heures, motifs de l'appel et les réponses apportées Un planning d'astreinte a été transmis Les astreintes se répartissent entre le directeur de l'établissement, l'adjointe aux soins, une infirmière et l'adjoint en charge des ressources. Ils assurent chacun une		

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et REPP
					astreinte par mois. Des astreintes médicales sont également assurées par le médecin coordonnateur et les médecins prescripteurs (environ deux asreintes par mois).		
1.2.2.10	Management et Stratégie	Les délégations ont-elles été formalisées par écrit ?	O		Le directeur dispose d'une délégation formalisée.		D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur - EHPAD privé - adresse au CVS et autorités compétentes) 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 pdt 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		NC	L'IDEC (adjointe au soins) est présente à 1 ETP. Son diplôme d'IDE a été transmis mais pas son attestation de cadre. Il n'a pas non plus été transmis l'attestation de son inscription à l'ordre infirmier	E	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 à 0,80 ETP (conforme à la réglementation).		D312-156 du CASF (ETP MEDCO)
1.2.2.15	Management et Stratégie	Les qualification, diplôme, fiche de poste ou lettre de mission du MEDCO sont-ils conformes à la réglementation ?	N		Son diplôme a été transmis Sa fiche de poste n'a quant à elle pas été fournie.	R	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		Le CVS est composé de : - 2 membres titulaires des résidents et 4 suppléants - 1 représentant des familles - 1 représentant du personnel - 1 représentant de l'organisme gestionnaire Il a été renouvelé le 23/05/2022. Le règlement intérieur a été approuvé... En 2023, il est prévu qu'il se réunisse 4 fois (janvier 2023 dont le compte rendu a été transmis) plus 3 autres réunions. Les sujets évoqués sont les menus, les effectifs, les animations, les travaux, les difficultés relationnelles avec le personnel. Le compte-rendu est rédigé par la psychomotricienne.		D311-4 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	La mission constate que ni le règlement intérieur du CVS ni les comptes rendus transmis ne font mention de la présentation pour autant obligatoires des EI/Gréclimations 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 ?		NC	Un plan d'action a été transmis par l'établissement, pour la période du 1/01/2023 au 31/12/2023. Il y figure des échéances allant de 2014, certaines encore non-traitées ou en cours, à 2024. Certaines des échéances en cours concernent par exemple : Le développement de la formation du personnel, finaliser l'organisation du circuit du médicament et élaborer un protocole de signalement et de suivi des suspicions de maltraitance. La mission s'étonne que le responsable d'une majorité d'actions d'amélioration de la qualité soit le directeur actuel alors qu'il est indiqué comme échéances 2014, soit bien longtemps avant son arrivée.	R	L312-8 CASF (évaluation des prestations dans l'amélioration continue de la qualité)
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 délivré l'autorisation ? Les actions		NC	La dernière évaluation externe date de 2014 et l'évaluation interne de 2013. Les deux évaluations font état d'axes d'améliorations et d'action à mettre en place.	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)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
		engagées suite au rapport de l'évaluation externe ont-elles été incluses dans le PACQ ?			L'établissement n'a pas transmis d'évaluation depuis 2013 alors que les établissements doivent en réaliser une tous les 5 ans		R314-88 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 ne mentionne pas expressément la thématique de la bientraitance. Le chapitre du plan d'action dédié à « promouvoir la bientraitance et organiser la lutte contre la maltraitance » apparaît comme « pas encore traité ». Le plan de formation N-1 ne comporte qu'une formation sur la bientraitance pour seulement trois personnes et le plan de formation N ne fait pas état d'une formation sur cette thématique pour l'année. La procédure de déclaration des E/IEIG encourage le personnel à faire remonter et enregistrer dans le logiciel TITAN tous les cas de violences. Ces situations sont enregistrées dans la liste des E/IEIG et un accompagnement du personnel victime doit être assuré (même si le poste de psychologue du personnel semble vacant en mars 2023).	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
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 - une personne accueillie et un membre du personnel - une personne accueillie et une personne extérieure à la structure - deux professionnels Le signalement des faits à effectuer auprès de l'autorité judiciaire est-il réalisé ? Existe-t-il une procédure de signalement en cas d'agression ?	O		La procédure de signalement des E/IEIG ne mentionne pas expressément les cas de violences ou de harcèlements sexuels mais inclut ce type d'événements dans ceux devant être déclarés et enregistrés sur le logiciel TITAN.		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 sévices)
1.4.3.3	Gestion de la qualité	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		La procédure de signalement en cas d'agression est incluse dans celle de gestion des E/IEIG. S'il n'y pas mention de l'article L.313-24 du CASF, la charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables, annexée à la procédure de gestion des E/IEIG, précise que le professionnel signalant ne sera pas sanctionné tant qu'il n'a pas manqué délibérément aux règles de sécurité ou aux bonnes pratiques professionnelles. Aucun signalement de maltraitance ne semble avoir été remonté.		L119-1 CASF (Définition maltraitance) L.331-8-1 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 /	N /	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 systématiques des réclamations et des signalements ?	O	C	Il n'existe pas de registre de plaintes et réclamations pour l'établissement. Ces deux éléments sont traités directement par mail mais font l'objet d'un processus de discussion avec les familles et les résident qui ont la possibilité de remplir un formulaire de déclaration d'événement indésirable à l'accueil de l'établissement. Les plaintes et signalements sont cependant enregistrés dans le logiciel TITAN. Au regard des mails transmis, les demandes formulées à l'établissement semblent toujours faire l'objet d'une réponse écrite par le directeur de l'établissement qui assure un suivi jusqu'à résolution du problème.		
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Existe-t-il une procédure de déclaration des événements indésirables ? Le plan de développement des compétences comporte-t-il des formations relatives à la classification / identification des différents EI ? Quelles sont les modalités de signalement en interne, de recueil et d'enregistrement des troubles du comportement, des événements indésirables ?	O	C	Une procédure de signalement des EIEIG en date de mars 2022 a été transmise avec ses annexes (la charte d'incitation à la déclaration des EI et le logigramme de déclaration des EIEIG et plaintes). Les plans de développement des compétences fournis ne semblent pas faire état de formations relatives à la classification et identification des EIEIG. Les différents types d'EI sont, toutefois, explicités dans la procédure de déclaration. Les modalités de signalement sont : Pour les EI, tout témoin est tenu de le rapporter dans les plus brefs délais et objectivement dans le logiciel de soin pour permettre la mise en place d'actions adaptées. Pour les EIG, quand l'auteur ou n'importe quel professionnel est témoin d'un événement indésirable il est tenu de le signaler immédiatement au médecin, à toute autorité d'encadrement disponible ou une IDE en absence de cadre de santé. Doivent-être mises en place immédiatement les mesures conservatoires assurant la continuité de la prise en charge du résident. L'encadrement ou l'IDE est tenu de contacter immédiatement la direction ou l'administrateur de garde et la personne ayant découvert l'EIG doit faire un récapitulatif chronologique, objectif et factuel dans le logiciel TITAN. Le médecin évalue le moment propice pour prévenir le résident s'il est concerné. Le directeur ou l'astreinte administrative prévient la chargée de qualité ainsi que la cheffe du SEHPAD et l'adjointe au sous-directeur du service personne âgées de la ville de Paris avant de réaliser une fiche EIG sur la plateforme de signalement et de la transmettre à l'ARS et la DASES. Le directeur ou l'astreinte contacte ensuite la personne de confiance ou le tuteur du résident concerné tout en assurant la traçabilité sur le logiciel TITAN et en accompagnant l'équipe dans la gestion de l'événement autant au niveau administratif que psychologique. L'EIG fait ensuite l'objet d'un rapport circonstancié récapitulant les événements, les parties, les dispositions prises et celles envisagées pour éviter la récurrence de la situation. L'encadrement des soins s'assure de la bonne traçabilité et de la clôture dans le logiciel TITAN et le directeur de la clôture auprès de l'ARS et la DASES. En matière d'EIG, dans un délai de 3 mois après la survenance de l'événement, font l'objet d'un RETEX ou d'une revue moti-motivité établi avec les acteurs concernés par l'EIG et le compte-rendu de ces réunions est adressé à l'ARS, à la chargée de la qualité des soins et les équipes concernées.		L313-24 CASF (protection du salarié déclarant) RGPP HAS, "Mission du responsable d'établ 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)
1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Quelles sont les modalités de suivi, analyses et relex des EI ? Des actions ou mesures préventives ou correctrices sont-elles mises en œuvre ?	O	C			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 +/-

N°GAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		Sont-elles incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) ?			Parmi les RETEX fournis deux sont exploitables et sont divisés en 6 points : constat et chronologie des faits, écarts aux bonnes pratiques, facteurs contributifs, bibliographie, axes d'amélioration proposés et axes d'amélioration retenus. Des actions correctrices et préventives sont prévues dans ces travaux avec des échéances et les mesures sont incluses dans le plan d'amélioration continue de la qualité		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 o établi et rôle de l'encadri / maltraitance", 2008
1.5.1.6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Le signalement des faits à effectuer auprès des autorités administratives est-il réalisé ? Des retours d'expériences sont-ils élaborés dans les 3 mois et transmis à l'autorité compétente selon les procédures réglementaires en vigueur ?		O		R	L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASP et arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration EIEIG/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) 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, - quotité de travail (ETP) - statuts (titulaires, contrats à durée indéterminée (CDI), contrats à durée déterminée (CDD) mis à disposition, intérimaires, 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 ?			L'établissement dispose : - D'un médecin coordonnateur à hauteur de 0,80 ETP - D'1 IDEC - De 6 IDE - De 35 AS dont 8 de nuit (33,15 ETP) - D'1 AES - De 16 agents sociaux au chevet (ASO) Le ratio d'AS et d'IDE est correct. 9 postes d'AS sont occupés par des CDD. 2 le sont pour pallier des postes vacants. En ce qui concerne les IDE, 1 poste est occupé en CDD pour remplacer une IDE en congés maladie.		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 ?			D'après les données 2021 l'ANAP : Le taux de rotation des personnels est de : 10,68% Le taux d'absentéisme, hors formation, est de : 5,71%		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 a recours à de l'intérim pour remplacer le personnel aide-soignant en arrêt maladie, en congés ou pour accroissement d'activité. En février 2023, l'établissement a eu recours à du personnel intérimaire pour remplacer 4 AS en arrêt maladie et 3 AS en congés.		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 propos d'un EHPAD franchilien 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 ?			L'établissement a transmis un plan de développement des compétences pour les années N et N-1. Pour l'année N, le plan prévoit entre autres des formations sur le thème de :		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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O /	N /	Constat EIR	Références juridiques et RBPP
		- Les professionnels ont-ils accès à des formations diplômantes ? - Quels sont les thèmes des formations (bien-être, 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 ?			Observations ou commentaires - La fin de vie (2 personnes) - La prise en charge de la douleur (1 personne) - La nutrition/Dénutrition de la personne âgée (1 personne) Il ne prévoit pas de formation sur la bien-être Par ailleurs, 1 seule personne va suivre une formation AFGSU niveau 2 Concernant le plan de développement N-1, celui-ci prévoyait des formations sur : - La bien-être (3 personnes) - Les soins palliatifs (Directives anticipées et personne de confiance) : 2 personnes - La fin de vie (2 personnes) - Prise en charge de la douleur (4 personnes) - La maladie d'Alzheimer (3 personnes) - Nutrition/Dénutrition de la personne âgée (3 personnes) - Prévention et soins des escarres (1 personne) En outre, 1 personne suivait une formation d'AS en VAE Il est à noter qu'une formation AFGSU niveau 1 devant bénéficier à 10 agents n'a pas eu lieu. La mission constate que le personnel est insuffisamment formé à la prise en charge des personnes âgées et aux gestes d'urgence	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...) ?	NC		R	HAS « La bien-être : 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 ? Quels sont les effectifs présents le jour du contrôle ? Sont-ils conformes aux plannings établis ?			R	L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident)

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
					La mission constate qu'il n'est pas prévu de temps de chevauchement entre les équipes de nuit et du matin. Les plannings transmis montrent qu'il est prévu : — 2 AS le matin et l'après-midi par étage — Le matin et l'après-midi 1 ASO par étage ou 3 ASO avec 1 ASO au 4^{ème} et 1 ASO en charge du 1^{er} étage et la moitié du 2^{ème} et 1 ASO en charge de l'autre moitié du 2^{ème} étage et du 3^{ème}. — 2 IDE le matin et l'après-midi La nuit 3 ou 4 AS sont présents. Quand 4 AS sont présents, chacun se voit assigner un étage. Lorsqu'ils sont 3, 1 AS s'occupe du 4^{ème} étage, 1 AS a en charge le 1^{er} et la moitié du 2^{ème} étage et 1 AS s'occupe de l'autre moitié du 2^{ème} et du 3^{ème}.		
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines	Les personnels disposent-ils de fiches de tâches 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...?	O		L'établissement a transmis les fiches de tâches pour : Les AS du matin, de l'après-midi, de nuit, Les ASO du matin et de l'après-midi Les IDE du matin et de l'après-midi. Les fiches de tâches ne prévoient le recours à des cadres de permanence ou d'astreinte.	R	A inclure avec le glissement de tâche
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines	Existe-t-il des glissements de tâches ?		C	Les fiches de tâches transmises ne font pas apparaître 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 ?			En cas d'absence du personnel soignant, l'établissement a recours à de l'interim pour le personnel IDE et AS		
2.1.4.10	Gestion des ressources humaines	Quelles sont les qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end ?			8 AS sont présentes la nuit. Leurs diplômes ont été transmis.		

Prises en charge

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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O / C	N / NC	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 ?		NC	Les procédures de pré-admission et d'admission datent du 15 septembre 2022 et établissent le protocole d'accueil de la personne au dépôt de sa demande au jour de son arrivée et de son installation dans l'établissement. Les procédures prévoient que le dossier médical de la personne soit soumis au médecin coordonnateur pendant la pré-admission mais le questionnaire rempli précise que « cela dépend des demandes d'admissions ». Au vu de la procédure de pré-admission, il ressort que le dossier médical du futur résident est soumis pour avis à des personnels administratifs (directeur, psychologue, infirmière) et contrevient au respect du secret médical. Une visite médicale de pré-admission est prévue mais elle semble seulement déterminer, principalement, le degré d'autonomie de la personne. Toutefois, le bilan des évaluations gériatriques fournies pour les résidents entrés dans l'établissement en année N-1 montre que plusieurs examens sont réalisés (ADL, Braden, dépression, NPI-ES, Tinetti) mais de manière très inégale entre les résidents.	E	(obligation certifiée 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	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 ?			Il n'y a pas de référent « PAI », ceci est un projet en cours.	R	D312-158 2° CASF (missions du MedCo) 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 ?	N		L'équipe est composée du résident, et si besoin une personne de son entourage, du psychologue des résidents, deux médecins dont le Medco, l'IDEC ainsi que de l'IDE référente et l'AS de l'étage. Le projet de prise en charge individualisé doit être établi au maximum dans les 6 mois après la signature du contrat de séjour et il est révisé chaque année ou selon l'évolution des besoins et des résidents. Les personnes accueillies semblent bien participer à l'élaboration de leur projet. Elles sont prévenues un mois à l'avance pour participer à un entretien psychologique avant la date de réunion où tous les acteurs participent pour discuter et finaliser les objectifs du projet avant son enregistrement et sa formalisation dans le logiciel.	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 de parcours d'accompagnement", 2018 et "Qualité de vie en EHPAD, volets 1 et 2", 2011 et 2012
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	O		Il existe bien une commission de coordination gériatrique qui doit normalement se réunir au moins une fois par an. Toutefois, aucun document n'atteste sa tenue en 2022. En 2021, étaient présents la sous-directrice, deux infirmières, la psychomotricienne, l'animatrice, le pédicure, un médecin et le médecin coordonnateur. Celle-ci portait sur le travail sur la coupe PATHOS 2021.	E	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

N°IGAS	Sous-thème	Point de contrôle	O /	N /	C /	NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
		ces réunions sur prévention, thérapeutiques, rééducation ?					Il est précisé que la commission peut donner son avis sur : le projet de soins de l'établissement et sa mise en œuvre en formant des recommandations sur la prise en charge et la coordination des soins, la politique du médicament, le contenu du dossier type de soins, le RAMA, les partenariats avec les structures du domaine de la santé et de la prise en charge, la politique de formation du personnel, la promotion des bonnes pratiques gériatriques.		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 ?					101 résidents ont comme médecin traitant un médecin de l'établissement (50 résidents) ou le médecin coordonnateur (51 résidents). Intervention dans l'EHPAD : un pédicure-podologue (le mardi), une coiffeuse (le mercredi matin et le jeudi), une socio-esthéticienne (le lundi), 3 dentistes et 4 kinésithérapeutes.	R	D313-30-1 CASF (contrat médecin libéraux) L314-12 du CASF (rôle médecins libéraux dans EHPAD) D312-158 2° CASF (missions du MEDCO)
2.5.4.3	Sécurité	Existe-t-il des systèmes d'appel pour les résidents : dans les chambres, dans les cabinets de toilette, dans les lieux communs ? La réponse aux appels des résidents (sonnettes...) est-elle raisonnable ?				N	La direction a transmis les relevés des appels malades pour le mois de février. La mission s'étonne fortement du nombre d'appels marqués en « non réponse », « échec » ou « hors service ».	E	L313-4 CASF (docs sur droits du résident) L311-3 CASF 1° (sécurité du résident) Art. D312-155-0, I, 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 et le contrat de séjour sont assez complets sur les conditions d'accueil des résidents et sur leurs droits. La charte des droits et libertés de la personne accueillie est fournie avec le livret d'accueil. L'annexe au contrat de séjour est plutôt complète en matière de droits des personnes mais il n'existe pas de mention de la question de la bientraitance.		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/SD5 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 comptabilisées et analysées dans le RAMA ?		N	Une procédure relative aux contentions a été transmise. Elle précise que la contention doit être prescrite par un médecin et que le consentement du résident est toujours recherché. Elle a lieu en dernier recours. La première prescription est automatiquement réévaluée au bout de 7 jours. En cas de difficultés, le psychologue en charge du résident peut être consulté. La famille est informée et participe au processus de décision. Le RAMA n'a pas été transmis suite à un problème de logiciel.	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 prennent des mesures de protection face à comportement dangereux de résident) R311-0-9 CASF (réévaluation de l'annexe sur la liberté d'aller et venir) Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée HAS octobre 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		N	L'EHPAD dépend d'une PUJ. Toutefois, le document transmis ne permet pas d'établir la nature de la relation entre l'EHPAD et l'officine ainsi que d'établir les modalités de transmission des ordonnances et de délivrance des médicaments.	R	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 ?		O	Un protocole a été transmis, il date du 15 septembre 2019. Il met l'accent sur la formation des AS pour assurer cette mission sous la surveillance des IDE. Ce protocole précise les situations pour lesquelles les AS peuvent donner les médicaments, celles pour lesquelles elles ne sont pas autorisées à le faire et celles pour lesquelles une formation préalable est nécessaire. La formation est assurée par une IDE. Elle porte sur les consignes relatives à l'administration des traitements et les principaux points de vigilance liés à la prise d'un traitement. Les AS de nuit sont formées par un cadre de santé ou un cadre supérieur. Les AS en CDD doivent aussi être formées. La distribution et l'administration des médicaments par les AS font l'objet d'un compte rendu à l'IDE qui trace la prise ou non du médicament dans le dossier du résident.		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	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 an pour chaque résident de l'établissement ?		O N	Un protocole a été transmis. Il n'est pas daté. C'est un protocole de lutte contre la douleur au quotidien Il met l'accent sur la sensibilisation de toute l'équipe soignante qui doit être mobilisée sur la question de la vigilance contre la douleur. Cette vigilance et la lutte contre la douleur passe par des évaluations fréquentes. Ce protocole ne mentionne toutefois pas les rôles spécifiques du personnel dans le soulagement de la douleur, comment organiser celui-ci en désignant les soignants vers lesquels se tourner ainsi que les moyens spécifiques de lutte contre la douleur à mettre en place pour des personnels spécialisés comme les IDE. Il prévoit une évaluation douleur à l'entrée du résident et 15 jours après.	R E	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° 99/84 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 (sédation profonde, directives anticipées, personne de confiance) rédigé, validé et connu du personnel ? Le RAMA comporte-t-il des éléments sur le sujet ?		O N	Un protocole a été transmis. Il prévoit que la décision de recourir aux soins palliatifs soit prise de manière collégiale. Le protocole prévoit également la prise en charge psychologique du résident et de ses proches en cas de recours aux soins palliatifs. Ce protocole est à destination de l'ensemble des soignants. Le RAMA n'a pu être transmis.		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

N°GAS	Sous-thème	Point de contrôle	O C	N / NC	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques et RBPP
3.4.3.9	Vie quotidienne - Hébergement	Existe-t-il un suivi mensuel des pesées ? L'état nutritionnel des résidents est-il satisfaisant (IMC) ?			Il existe un document détaillant le suivi des pesées sur l'année n-1. Celui-ci alerte la mission car il ne couvre pas le nombre de résidents de l'EHPAD (92 noms). Moins d'une dizaine de résidents disposent de 12 pesées dans l'année (un seul en a une par mois pour l'année). Au moins une trentaine d'IMC de résidents sont inquiétants (bien en dessous ou au-dessus de la moyenne établie). Il ressort également de ce document un manque d'adaptation dans la prise en charge des résidents (absence de changement dans le rythme des pesées notamment). Certains IMC très bas ne sont pas suivis de manière plus intensive (pas de pesée à un rythme plus fréquent par exemple).	E	D312-155-0 2° CASF (actions de prévention) doctrines 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 ER	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) ?	O		La liste des intervenants médicaux et paramédicaux libéraux fournie fait état de la présence du personnel suivant : -un pédicure-podologue -une coiffeuse -une socio-esthéticienne -quatre kinésithérapeutes Le questionnaire sur l'organisation de la prise en charge mentionne également la présence de trois dentistes. Les kinésithérapeutes interviennent dans l'établissement selon un planning défini permettant des interventions du lundi au samedi.		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 attestations de cadre ainsi que d'inscription à l'ordre infirmier de l'IDEC n'ont pas été transmis.
E3	Les EIG/réclamations ne font pas l'objet d'une présentation en Conseil de vie sociale. Réf : R 331-10 du CASF.
E4	L'établissement n'a pas transmis d'évaluation interne depuis 2013. Réf : D312-203 du CASF.
E5	Le médecin coordonnateur n'est pas systématiquement impliqué dans le processus d'admission. Réf : D312-158 du CASF.
E6	Le dossier médical du futur résident est soumis pour avis à des personnels administratifs, ce qui contrevient au respect du secret médical. Réf : L 1110-4 du CSP.
E7	Les documents transmis ne permettent pas d'attester que la commission de coordination gériatrique se soit tenue en 2022. Réf : D312-158 3° du CASF.
E8	Les relevés des appels malades transmis pour le mois de février 2023 comptent un nombre important d'appel marqués en « non réponse », « échec » ou « hors service » et interrogent sur la sécurité de la prise en charge des résidents. Réf : L311-3 1° CASF.
E9	Le caractère annuel des évaluations douleur ne peut pas être établi.
E10	Le document transmis, détaillant le suivi des pesées sur l'année 2022 ne comprend pas l'ensemble des résidents de l'EHPAD et n'indique pas une individualisation de la prise en charge (adaptation du nombre des pesées en fonction des IMC).

Remarque	
R1	La version du projet de service du PASA transmise est incomplète.
R2	Le règlement de fonctionnement transmis n'est pas le dernier adopté par le Conseil d'Administration du CASVP
R3	Le plan bleu transmis n'est pas daté et ne comporte pas ses annexes.
R4	Le médecin coordonnateur ne dispose pas de fiche de poste.
R5	La mission de contrôle s'étonne que le responsable d'une majorité d'actions d'amélioration de la qualité soit le directeur en poste alors qu'il est indiqué comme échéance l'année 2014.
R6	Les salariés sont insuffisamment formés à la bientraitance, au regard des documents transmis.
R7	La mission de contrôle constate que L'EIG de juin 2022 n'a pas fait l'objet d'un RETEX.
R8	Au vu des documents transmis, les EIG ne sont pas toujours clairement identifiés par rapport aux EI.
R9	Les salariés sont insuffisamment formés aux gestes d'urgence, au vu des documents transmis.
R10	Les salariés sont insuffisamment formés à la prise en charge des personnes âgées.
R11	L'établissement n'ayant pas transmis de protocole d'accueil, la mission de contrôle ne peut s'assurer que les nouveaux salariés bénéficient d'un accompagnement lors de leur prise de poste.
R12	La mission de contrôle constate qu'il n'est pas prévu de temps de chevauchement entre les équipes de nuit et du matin.
	Les fiches de tâches horaires transmises ne font pas mention de la personne à solliciter en cas de difficultés.

R13	Au regard des documents transmis, la mission ne peut s'assurer que la visite médicale de préadmission détermine autre chose que le degré d'autonomie de la personne (pas d'évaluation multidimensionnelle).
R14	Le résident ne dispose pas d'un référent « PAI ».
R15	La mission constate le nombre important de résidents suivis par le médecin coordonnateur (50%), alors que ce n'est pas sa mission première.
R16	Le RAMA n'a pas été transmis.
R17	Le document transmis (arrêté d'autorisation de la PUI) ne permet pas d'établir la nature de la relation entre l'EHPAD et la PUI ainsi que d'établir les modalités de transmission des ordonnances et de délivrance des médicaments.
R18	Le protocole de lutte contre la douleur transmis est incomplet et non daté.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD «Harmonie», géré par le centre d'Action Sociale de la Ville de Paris a été réalisé à compter du 3 mars 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 positifs suivants :

- La présence du trio de tête (directeur, médecin coordonnateur et l'IDEC) ;
- Un taux d'occupation très satisfaisant ;
- Un conseil de la vie sociale installé et se réunissant régulièrement.

Elle a également relevé des dysfonctionnements en matière de :

Gouvernance :

- La structure ne dispose pas de projet d'établissement à jour ;
- Les attestations de cadre et d'inscription à l'ordre des infirmiers de l'IDEC n'ont pas été transmises.

Gestion des risques et de la qualité :

- L'établissement n'a pas transmis d'évaluation interne depuis 2013 ;
- Le plan d'amélioration continue de la qualité n'est pas actualisé ;
- Les EI-EIG ne sont pas présentés au conseil de la vie et sociale ;
- Les salariés sont insuffisamment formés à la bientraitance, au vu des documents transmis.

Prises en charge :

- Le relevé d'appels malades transmis interroge sur la sécurité de la prise en charge des résidents ;
- La participation du médecin coordonnateur à l'admission n'est pas systématique ;
- Aucun RAMA n'a été transmis ;
- Les résidents ne disposent pas de référent « PAI » ;
- Aucun document n'atteste de la tenue d'une commission gériatrique en 2022.

Fonctions support :

- Les salariés sont insuffisamment formés à la prise en charge des personnes âgées et aux gestes d'urgence ;
- Il n'est pas prévu de temps de chevauchement entre les équipes de nuit et du matin ;

Soins :

- Le caractère mensuel des pesées n'a pu être établi, ainsi que l'adaptation de la prise en charge en fonction de l'IMC ;
- Le protocole de lutte contre la douleur est incomplet ;

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 de contrôle des ESMS parisiens
Ville de Paris



Fanny REYNAUD

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 Ile-de-France

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

Affaire suivie par : Sophie PASQUIER

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

Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, conseillère médicale, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-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 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 « Résidence Santé HARMONIE » (FINESS géographique 940712110) situé 2, place Charles Louis 94470 BOISSY-SAINT-LEGER, géré par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, qui sera mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

94756 Quai de la Repte
75012 Paris
Tel : 01 43 47 77 77
paris.fr

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tel : 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 KON 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, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville 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,
La directrice adjointe
de la délégation départementale de Paris



Lucie DUFOUR

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

Q1	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
Q1	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)
Q1	3	Projet spécifique du PASA
Q1	4	Dernier programme d'activités du PASA
Q1	5	Le diplôme du personnel intervenant en PASA
Q1	6	La convention de coopération PASA
Q2	7	Règlement de fonctionnement
Q2	8	Plan des locaux de l'établissement
Q2	9	Projet d'établissement
Q2	10	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)
Q2	11	Organigramme comportant les noms et temps de travail des personnels (Excel si possible)
Q2	12	Diplôme du directeur de l'EHPAD
Q2	13	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD
Q2	14	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD
Q2	15	Procédures et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)
Q2	16	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois + légende (Excel)
Q2	17	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD
Q2	18	IDEC : Contrat de travail, Fiche de poste ou feuille de route, Diplôme d'IDE et de Cadre de santé, Inscription à l'ordre des infirmiers
Q2	19	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, 3 derniers bulletins de salaires
Q3	20	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS
Q3	21	Les comptes rendus des CVS N et N-1
Q4	22	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation
Q4	23	Dernière évaluation externe
Q4	24	Dernière évaluation interne
Q4	25	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2
Q5	26	Registre des plaintes et réclamations
Q5	27	Les trois dernières réclamations et leur traitement
Q5	28	Procédure de gestion des événements indésirables
Q5	29	Procédure de déclaration externe des dysfonctionnements graves
Q5	30	Liste des EI et EIG des années N-1 et N
Q5	31	Liste des signalements au Procureur de la République des années N-1 et N
Q5	32	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les trois derniers EIG
Q6	33	Registre du personnel N-1 & N-2 comportant les indications sur les ETP (Excel)
Q6	34	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir + ETP (Excel)
Q6	35	Bordereaux de mission des personnels intérimaires pour le mois précédent
Q6	36	Plan de développement des compétences (formation internes et externes) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1 (Excel si possible)
Q6	37	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)
Q6	38	Tableau du personnel des unités PASA ou UHR (Excel)
Q6	39	Les attestations de formation ou de qualification relatives à la prise en charge des maladies neuro-dégénératives du personnel dédié à ces unités

Q6	40	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit + Légende (Excel)
Q6	41	Une fiche de tâches heurées, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AES (ou AMP), ASG, IDE
Q6	42	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie
Q6	43	Liste des professionnels à contacter en cas d'absence
Q6	44	Tous les diplômes du personnel de nuit
Q6	45	Tous les diplômes du personnel d'un étage de week-end.
Q7	46	Procédure d'admission des résidents
Q7	47	La procédure d'élaboration et de mise à jour du PAI/PP/PVI/PAP
Q7	48	Les 2 derniers CR et feuilles d'émargement de la commission de coordination gériatrique
Q7	49	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux
Q7	50	Relevé des appels malade du mois M-1 (Excel si possible)
Q7	51	Planning des réunions organisées avec l'équipe de soins sur les 6 derniers mois
Q7	52	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
Q7	53	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)
Q8	54	Livret d'accueil du résident
Q8	55	Contrat de séjour type et ses annexes
Q8	56	Procédure relative aux contentions
Q8	57	RAMA
Q9	58	Convention pharmacie EHPAD
Q9	59	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS
Q9	60	Liste des personnes concernées par la délégation de l'administration des médicaments sur le semestre en cours
Q9	61	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur
Q9	62	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie
Q9	63	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)
Q10	64	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)
Q10	65	Les évaluations gériatriques réalisées : nature et résultat des évaluations réalisées, tous résidents en année N-1 (Excel)
Q10	66	Nature et résultats des évaluations gériatriques réalisées pour les résidents entrés dans l'établissement en année N-1 (Excel)
Q10	67	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)

