

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées  
dépendantes (EHPAD)  
«EHPAD Soeurs Augustines»  
Adresse : 29 rue de la Santé 75013 Paris  
N° FINESS «750800559»**

**RAPPORT DE CONTRÔLE  
N° 2023\_IDF\_00239  
Contrôle sur pièces du 17/07/2023**

**Mission conduite par**

- Pour sa composante Ville de Paris :
- Monsieur Frédéric MUSSO, Coordonnateur de la mission d'inspection, responsable de la Mission d'Inspection des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;
- Pour sa composante Agence Régionale de Santé d'Île-de-France :
- Monsieur Jérôme FEYDEL, désigné en qualité d'inspecteur par la directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France au titre de l'article L1435-7 du CSP, Délégation Départementale de Paris ;
  - Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé 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 ;
  - Madame Sylvie DRUGEON, ingénierie de génie sanitaire, responsable du Pôle Santé environnement, Délégation Départementale de Paris ;
  - Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation Départementale de Paris.

<b><u>Textes de référence</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles</li><li>- Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique</li><li>- Article L.1435-7 du Code de la santé publique</li></ul>
-----------------------------------	---

## 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 :*
  - *Dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...);*
  - *Portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;*
  - *Faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;*
  - *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 disjoindre, 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 discréetion 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

<b>Synthèse .....</b>	<b>4</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>6</b>
Contexte de la mission de contrôle.....	6
Modalités de mise en œuvre.....	6
Présentation de l'établissement.....	7
<b>Constats.....</b>	<b>9</b>
<b>Gouvernance .....</b>	<b>10</b>
Conformité aux conditions de l'autorisation.....	10
Management et Stratégie.....	11
Animation et fonctionnement des instances .....	14
Gestion de la qualité .....	16
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables .....	17
<b>Fonctions support.....</b>	<b>19</b>
Gestion des ressources humaines .....	19
<b>Prises en charge.....</b>	<b>31</b>
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie .....	31
Respect des droits des personnes .....	34
Soins.....	36
<b>Relations avec l'extérieur.....</b>	<b>40</b>
Coordination avec les autres secteurs.....	40
<b>Risques environnementaux.....</b>	<b>41</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>47</b>
<b>Glossaire.....</b>	<b>50</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>51</b>
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle .....	51
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	53

## Synthèse

<b>Données générales sur l'établissement</b>			
<b>Nom</b>	EHPAD des Sœurs Augustines	<b>Capacité hébergement permanent</b>	105
<b>Adresse</b>	29 rue de la Santé	<b>Places habilitées aide sociale</b>	20
<b>Arrondissement</b>	13 <sup>ème</sup>	<b>Présence d'une UVP</b>	Oui
<b>Gestionnaire</b>	Maison retraite Sœurs Augustines	<b>Places en UHR</b>	0
<b>Statut juridique</b>	Privé non lucratif	<b>Places en PASA</b>	14

L'établissement a signé un CPOM en 2019.

### **Eléments déclencheurs de la mission**

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

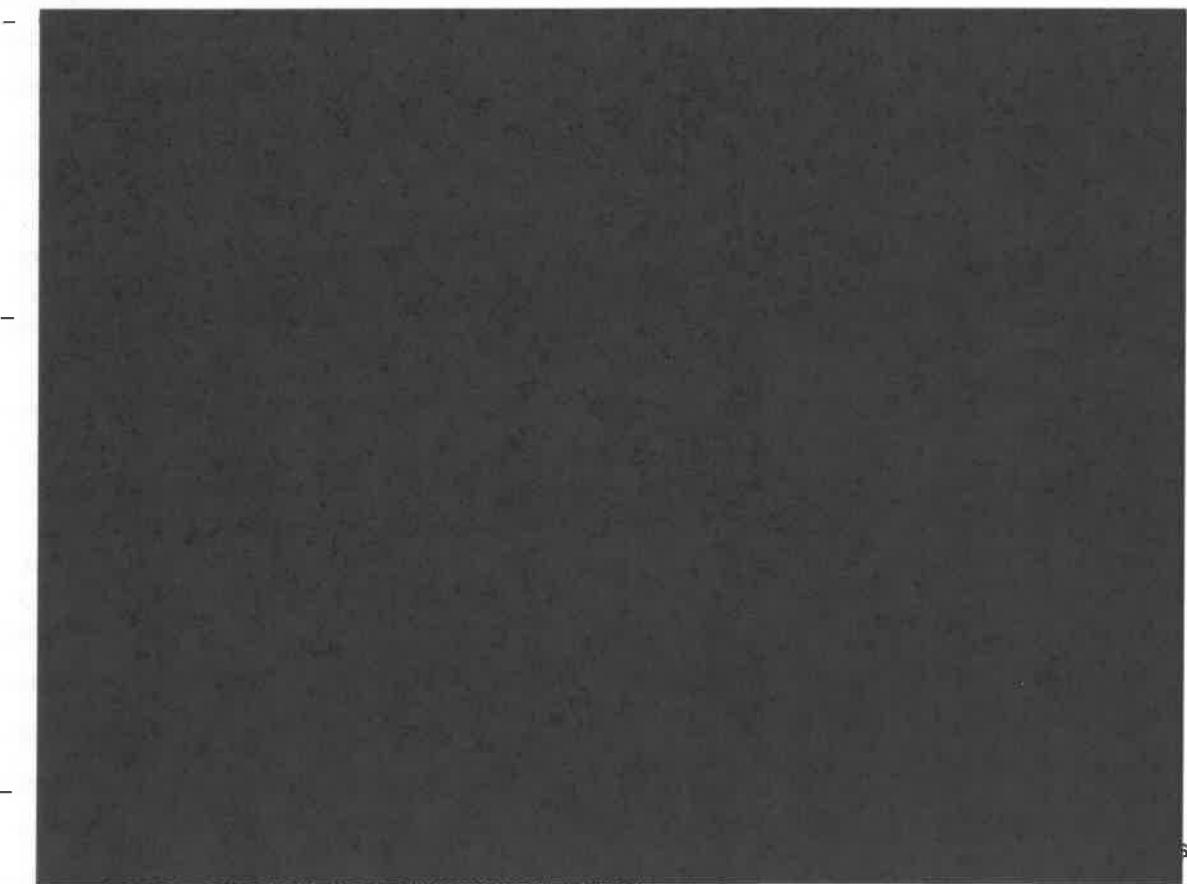
### **Méthodologie suivie et difficultés rencontrées**

Le contrôle a été réalisé le 17 juillet 2023 par l'ARS et la Ville de Paris, il a été annoncé à le 7 juillet 2023.

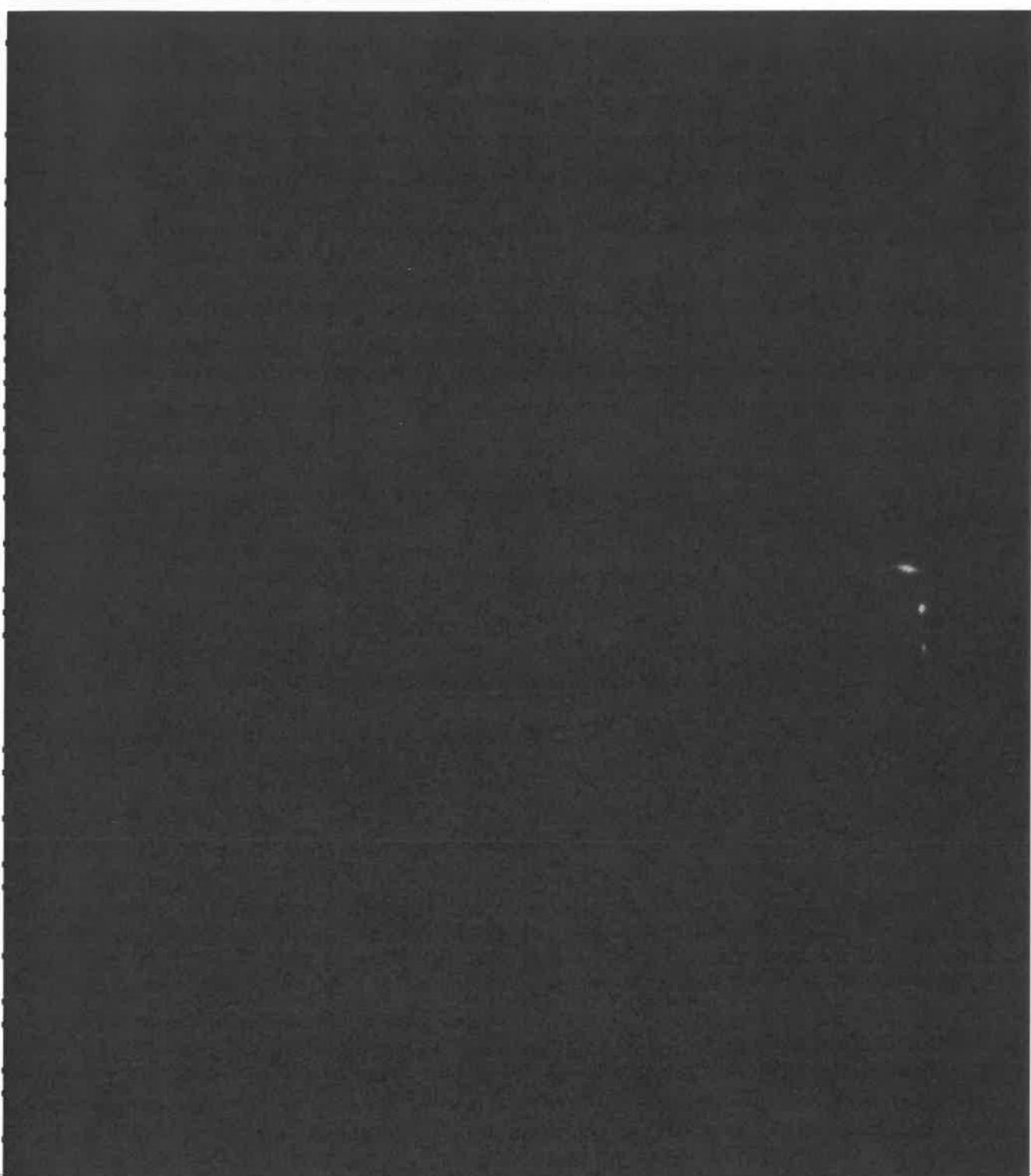
L'analyse a porté sur les constats faits uniquement sur pièces. La quasi-totalité des documents demandés a été transmise par la Direction de l'établissement et dans les délais impartis.

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

### **Points positifs de l'établissement relevés par la mission**



**Principaux écarts et remarques constatés par la mission**



Les écarts et les remarques, à l'issue d'une phase contradictoire, feront l'objet de mesures annexées à la lettre définitive adressée à l'établissement. Ceux-ci devront être corrigés dans les délais définis par les autorités de contrôle qui assureront un suivi de leur mise en œuvre.

## Introduction

### Contexte de la mission de contrôle

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

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

Les informations connues par l'ARS et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD « Sœurs Augustines », situé au 29 rue de la santé, 75013 Paris, FINESS n°75 080 055 9, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

Aussi, la Directrice générale de l'ARS et la Maire de Paris ont-elles diligenté, sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), un contrôle sur pièces visant cet établissement. Ce contrôle a pour objectif de réaliser une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

Le 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 évènements 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
10. Risques environnementaux au sein de la structure

#### Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 17 juillet 2023, avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 7 juillet 2023. Un e-mail a été transmis à la direction le 7 juillet 2023, auquel étaient joints :

- La lettre de mission où étaient précisés les thématiques abordées dans le cadre du contrôle
- La liste des documents à transmettre et le délai de transmission (5 jours).
- Les modalités opérationnelles :
  - 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 figure en **annexe 2**.

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

## Présentation de l'établissement

Situé au 29 rue de la Santé dans le 13<sup>ème</sup> arrondissement, l'EHPAD des Sœurs Augustines est géré par la Congrégation des Sœurs Augustines du Saint Cœur de Marie, dont la maison générale est située au 29 rue de la Santé.

Ouvert en 1827 et transféré en 1840 à l'adresse actuelle, l'EHPAD des Sœurs Augustines dispose de 105 places en hébergement permanent.

Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour une capacité de 20 places.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS du (2018), le GMP s'élève à 696 et le PMP à 241. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles légèrement en dessous pour le GMP et au-dessus pour le PMP des chiffres médians régionaux<sup>1</sup> susmentionnés.

Les 92 résidents accueillis au jour du contrôle étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD Les Sœurs Augustines					
IDF <sup>2</sup> 2021					

Le budget de fonctionnement est de 2 630 925,02 € en 2023, dont 686 994 € au titre de l'hébergement et 1 943 931,02 € au titre du soin.

Le CPOM a été signé le 10 mai 2019 pour la période 2019/2023, il a été prorogé pour l'année 2024. Ses principaux objectifs sont :

- Renforcer la coordination des soins et réduire les hospitalisations évitables,
- Fidéliser les personnels et stabiliser les équipes soignantes,
- Améliorer :
  - o La prise en charge des troubles psycho-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer,
  - o L'accès à l'hygiène et à la santé bucco-dentaire des résidents,
- Maintenir ou tendre vers un taux d'occupation élevé,
- Maintenir la qualité et renforcer l'individualisation de la prise en charge,
- Extension de 10 places d'hébergement permanent (passage de 95 à 105 places).

<sup>1</sup> 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)

<sup>2</sup> 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 des Sœurs Augustines		
Nom de l'organisme gestionnaire	Congrégation des Sœurs Augustines		
Numéro FINESS géographique	750800559		
Numéro FINESS juridique	750803629		
Statut juridique	Congrégation		
Option tarifaire	Tarif partiel		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP <sup>3</sup>	105	105
	HT <sup>4</sup>		
	UVP <sup>5</sup>	11	11
	PASA <sup>6</sup>	14	14
	UHR <sup>7</sup>		
	UPHV <sup>8</sup>		
	AJ <sup>9</sup>		
	AN <sup>10</sup>		
	PFR <sup>11</sup>		
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	20		

<sup>3</sup> Hébergement permanent

<sup>4</sup> Hébergement temporaire

<sup>5</sup> Unité de vie protégé / unité protégé

<sup>6</sup> Pôle d'activité et de soins adaptés

<sup>7</sup> Unité d'hébergement renforcée

<sup>8</sup> Unité pour personnes âgées vieillissantes

<sup>9</sup> Accueil de jour

<sup>10</sup> Accueil de nuit

<sup>11</sup> Plateformes d'accompagnement et de répit

## Constats

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

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

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

## Gouvernance

### Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.1.1.2	<p><b>Conformité aux conditions d'autorisation</b></p> <p>L'établissement est conforme aux autorisations avec une capacité de 105 places en hébergement permanent et 14 places en PASA.</p> <p>Au jour du contrôle, 92 des 105 places étaient occupées soit un taux de présence de 87,6%.</p>	<p><b>Ecart n°1 :</b> Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95% (Article L313-4 du CASF).</p>
1.1.2.2	<p><b>PASA/UHR/Hébergement temporaire</b></p> <p>L'établissement a transmis le projet de service spécifique du PASA tiré du « Dossier de candidature à la création d'un PASA » datant d'octobre 2017.</p> <p>D'après les documents envoyés, il ressort que l'établissement n'a pas mis à jour le projet de service spécifique depuis la création du PASA.</p>	<p><b>Ecart n°2 :</b> Au vu des documents transmis, l'établissement ne dispose pas d'un projet de service spécifique au PASA.</p>
1.1.3.1	<p><b>Répartition des résidents en fonction du GIR</b></p> <p>Au jour du contrôle, la répartition des GIR des résidents étaient :</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Les proportions sont donc conformes à la réglementation. Il est à noter qu'au jour du contrôle un résident n'avait pas encore de GIR évalué (admission juste avant le contrôle).</p>	

## Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	<p><b><u>Le règlement de fonctionnement</u></b></p> <p>L'établissement a transmis un règlement de fonctionnement daté du 5 juillet 2023. Il n'est pas signé.</p> <p>S'il est précisé dans le règlement que « Toute actualisation du contrat de séjour, approuvée par le Conseil d'administration après avis de Conseil de la Vie Sociale le cas échéant, fera l'objet d'une diffusion » la mission ne peut s'assurer qu'il a fait l'objet d'une validation par ces organismes.</p>	<p><b>Ecart n°3 :</b> Le règlement de fonctionnement ne fait pas mention d'une consultation du CVS pendant son élaboration ce qui contrevient à l'article L311-7 du CASF.</p> <p><b>Remarque n°1 :</b> Le règlement de fonctionnement transmis n'est pas daté et signé.</p>
1.2.1.2	<p><b><u>Le contenu du règlement de fonctionnement</u></b></p> <p>Le règlement de fonctionnement ne traite pas de tous les points prévus par la réglementation, il manque :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues,</li> <li>- les affections, la dépendance, Alzheimer (seulement dans l'accompagnement de la perte d'autonomie),</li> <li>- les règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs (léger),</li> <li>- les sanctions des faits de violence sur autrui (dans le volet maltraitance mais plutôt prévention).</li> </ul>	<p><b>Ecart n°4 :</b> Le contenu du règlement de fonctionnement n'est pas conforme à la réglementation ce qui contrevient aux articles R311-35, R111-36 et R311-37 du CASF.</p>
1.2.1.4 1.2.1.5.	<p><b><u>Le projet d'établissement</u></b></p> <p>Le projet d'établissement transmis date du 26 juin 2012 pour la période 2012-2017. L'établissement ne dispose donc pas d'un projet d'établissement à jour.</p>	<p><b>Ecart n°5 :</b> Le projet d'établissement fourni n'est plus en vigueur et n'a pas été réactualisé (Article L311-8 du CASF).</p>
1.2.1.6	<p><b><u>Le plan bleu</u></b></p> <p>Le plan bleu fourni par l'établissement a été vérifié par l'IDEC et validé par le directeur le 12 juillet 2023.</p> <p>Il comporte les volets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un préambule « Plan Bleu et prévention ».</li> <li>- L'élaboration et la validation du plan bleu de l'établissement.</li> </ul>	<p><b>Remarque n°2 :</b> Le plan bleu ne précise pas les modalités de mise à jour, ni celles d'intégration des RETEX.</p>

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La présentation de l'établissement (coordonnées, organigramme, locaux, contexte et environnement de l'établissement, typologie des résidents).</li> <li>- Le cadre législatif et réglementaire.</li> <li>- « Principes et définitions » (mise en œuvre du plan bleu et la définition d'une crise sanitaire en établissement pour personnes âgées ou handicapées).</li> <li>- « Alerte et circuit de déclenchement du Plan Bleu » (avec son déclenchement et sa mise en œuvre par le directeur de l'établissement, le déclenchement sur demande du préfet de département, la levée du plan bleu).</li> <li>- La cellule de crise (avec sa composition, ses missions et les disponibilités, coordonnées et rôles des membres de la cellule de crise).</li> <li>- Le Plan de Continuité des Activités.</li> <li>- Les « Fiches Types Evènements/Risques ou Conséquences d'Evènements » contenant une description de l'évènement (causes et conséquences) ainsi que les actions à mettre en œuvre par les personnels concernés. Le plan bleu contient des fiches pour les cas de : canicule, coupure de l'alimentation en eau potable, épidémie grippale, incendie, inondation, légionellose et légionnelles dans l'eau du réseau, panne d'énergie, panne de système de sécurité incendie, confinement, évacuation et gestion de décès en grand nombre.</li> <li>- La fiche de contact à l'ARS.</li> <li>- Les indications des endroits contenant les documents ressources dans l'établissement.</li> </ul> <p>S'il est précisé qu'un bilan écrit de l'évènement et un RETEX sont à établir par l'établissement après une crise, pour le personnel et les autorités, les modalités d'intégration dans le plan bleu et de mise à jour de ce dernier ne sont pas précisées.</p>	
1.2.2.1	<p><b><u>Directeur de l'établissement et organigramme de la structure</u></b></p> <p>Un directeur est en poste dans l'établissement et dispose d'un contrat signé et paraphé datant du 24 mai 2023.</p> <p>L'établissement a transmis un organigramme datant de juillet 2023 faisant figurer les ETP des personnes en poste dans la structure et traduisant les liens hiérarchiques et fonctionnels.</p> <p>Tous les noms ne sont pas renseignés dans l'organigramme.</p>	<p><b>Remarque n°3 :</b> L'organigramme de l'établissement ne contient pas tous les noms des personnels en poste.</p>

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<b><u>Fiche de poste/Lettre de mission du directeur</u></b>	
1.2.2.6	L'établissement n'a pas fourni de fiche de poste ou de lettre de mission pour le directeur, ses missions figurants dans le document unique de délégation transmis.	
	<b><u>Diplômes du directeur</u></b>	
1.2.2.7	Le directeur de l'établissement dispose d'un certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale.	
	<b><u>Astreintes administratives</u></b>	
1.2.2.8	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'astreintes administratives mais a indiqué travailler à son organisation pour fin 2023.	<b>Remarque n°4 :</b> L'établissement ne dispose pas d'organisation relative aux astreintes administratives.
	<b><u>Délégation de pouvoirs</u></b>	
1.2.2.10	L'établissement a transmis une délégation de pouvoirs signée et paraphée par le directeur de l'établissement datant du 25 mai 2023. Les missions principales du directeur concernent :	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La conduite de la définition et la mise en œuvre du projet d'établissement,</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La gestion budgétaire, financière et comptable de l'Association Maison de Retraite des Augustines,</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La gestion et l'animation des ressources humaines de l'Association,</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La représentation de l'Association dans le dialogue et les relations sociales ainsi que l'animation des instances représentatives du personnel,</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La représentation de l'Association en matière judiciaire ou procédurale,</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La coordination avec les institutions et les intervenants extérieurs et la représentation externe de l'Association et des relations avec les autorités de contrôle, les partenaires et les réseaux.</li> </ul>	
	<b><u>Présence et qualifications de l'IDEC</u></b>	
1.2.2.12	L'établissement dispose d'une IDEC à temps complet dont le contrat a été signé le 25 avril 2023. La fiche de poste d'IDEC a été transmise mais n'est pas signée.	<b>Ecart n° 6 :</b> L'établissement n'a pas transmis l'inscription à l'Ordre des infirmiers de l'IDEC ce qui contrevient à l'article L4311-3 du CSP.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p>L'établissement a également fourni le diplôme d'état d'infirmière, le diplôme de master Sciences, Technologies, Santé, Mention Santé Publique, Parcours Analyse et management des établissements de santé ainsi que l'attestation d'inscription de l'IDEC au répertoire ADELI.</p>	
1.2.2.14	<p><b>Présence et temps de travail du médecin-coordonnateur</b></p> <p>L'établissement dispose d'un médecin coordonnateur dont le contrat signé, en date du 29 septembre 2014, a été transmis. Elle est présente [REDACTED] en vertu d'un avenant au contrat signé en date du [REDACTED]</p> <p>L'établissement ayant une capacité d'accueil de 105 places, le temps de présence du médecin coordonnateur devrait être de 0,8 ETP selon la réglementation en vigueur.</p>	<p><b>Ecart n°7 :</b> Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation (Article D312-156 du CASF).</p>
1.2.2.15	<p><b>Qualifications du médecin-coordonnateur</b></p> <p>L'établissement a transmis les documents suivants : la fiche de poste du médecin coordonnateur non signée, son dernier bulletin de salaire, l'inscription au RPPS ainsi que les diplômes de docteur en médecine, de « Maladie d'Alzheimer » et démences apparentées dans le grand âge, la capacité de médecine de gérontologie et le diplôme d'université soins palliatifs du médecin coordonnateur.</p>	<p><b>Remarque n°5 :</b> L'inscription à l'Ordre des médecins n'a pas été transmise.</p>

#### Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.3.3.1	<p><b>Le Conseil de la Vie Sociale :</b></p> <p>L'établissement a fourni les comptes rendus du CVS pour les années 2022 et 2023, soit ceux du 17 février 2022, 27 juin 2022, 7 décembre 2022, 20 mars 2023 et 6 juillet 2023 (prochaine fixée au 12 octobre 2023), soit 3 réunions par an.</p> <p>Les réunions du CVS abordent un ensemble de points relatifs à la vie de l'établissement, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les mouvements de personnel : départs, arrivées,</li> <li>- L'hôtellerie,</li> <li>- La restauration,</li> <li>- Les animations,</li> </ul>	<p><b>Ecart n°8 :</b> Lors des séances il n'est pas procédé à la vérification du quorum ce qui contrevient à l'article D.311-17 du CASF.</p>

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La fin de vie dans l'établissement,</li> <li>- Les modalités de visites,</li> <li>- La prise en charge des résidents,</li> <li>- Le fonctionnement du PASA,</li> <li>- Les travaux en cours,</li> <li>- Le fonctionnement des services,</li> <li>- Le stationnement dans l'établissement.</li> </ul> <p>La Mission constate également les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il n'est pas désigné de secrétaire de séance,</li> <li>- La désignation des membres présents ne permet de repérer leur statut au sein du Conseil,</li> <li>- Les résultats des élections n'ont pas été présentés lors de la première séance qui suit,</li> <li>- Pas d'approbation du compte-rendu de la séance précédente,</li> <li>- Le compte-rendu est signé du directeur et non du secrétaire de séance,</li> <li>- Lors de la 1<sup>ère</sup> séance après élection il n'a pas été procédé à l'élection du président ni au vote du règlement de fonctionnement,</li> <li>- Le quorum n'est pas établi à chaque séance et ne permet pas de vérifier que les avis sont valablement émis.</li> </ul> <p>Le règlement de fonctionnement présente dans son point 3 les missions du Conseil de Vie Sociale. Les missions énumérées sont plus restrictives que la réglementation et ne respectent pas l'ensemble des attributions fixées par l'article D.311-15 du CASF.</p>	
1.3.3.2	<p><b><u>L'information du CVS :</u></b></p> <p>Le CVS n'est pas informé des événements indésirables et des événements indésirables graves déclarés par l'établissement.</p> <p>Les procédures d'évaluation et les mesures correctrices associées, ainsi que les résultats des enquêtes de satisfaction ne sont pas présentés en séance du Conseil.</p>	<p><b>Ecart n°9 :</b> Le CVS n'est pas avisé des dysfonctionnements et événements indésirables ce qui contrevient à l'article R.331-10 du CASF.</p>

## Gestion de la qualité

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.4.1.7	<p><b><u>Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) :</u></b>            L'établissement n'a pas fourni de plan d'amélioration continue de la qualité ni de liste d'actions contribuant à l'amélioration de la qualité et dans l'intérêt de la prise en charge des résidents.</p>	<b>Ecart n°10 :</b> L'établissement ne fait pas mention d'actions d'amélioration continue de la qualité ce qui contrevient à l'article D.312-203 du CASF.
1.4.2.1	<p><b><u>La démarche d'évaluation :</u></b>            L'établissement a fourni la dernière évaluation externe réalisée en 2014, ainsi que la dernière évaluation interne réalisée en 2013. Aucune évaluation externe n'a été effectuée au sein de l'établissement depuis dix ans, alors que celle-ci doit être réalisée a minima tous les cinq ans.</p>	<b>Ecart n°11 :</b> L'établissement ne procède pas de façon régulière à des évaluations externes ce qui contrevient aux articles L.312-8, D.312-200 et D.312-204 du CASF.
1.4.3.1	<p><b><u>La politique de bientraitance :</u></b>            L'établissement n'a pas mis en place une politique de la bientraitance clairement identifiée, que ce soit dans le livret d'accueil ou dans les pratiques professionnelles permettant le repérage des pratiques maltraitantes et des situations à risque.</p> <p>L'établissement n'a pas fourni de procédure de signalement en cas d'agression.</p> <p>Le plan de développement des compétences n'inclut pas de formation sur la bientraitance ni sur le repérage de la maltraitance.</p>	<b>Ecart n°12 :</b> L'établissement ne met pas en œuvre une politique de la bientraitance et de repérage de la maltraitance, ce qui contrevient à l'article L.311-3 1° du CASF.
1.4.3.2 1.4.3.3	<p><b><u>Les procédures relatives aux situations de violences, de harcèlements ou d'agressions :</u></b>            L'établissement n'a pas fourni de procédures relatives aux situations de violences, de harcèlements sexuels ou d'agressions, que ce soit entre résidents, entre résident et personnel, entre personnels ou avec une personne extérieure à l'établissement.</p>	<b>Remarque n°6 :</b> L'établissement n'a pas rédigé de procédures relatives aux situations de violences, de harcèlements sexuels ou d'agressions.

37	Une fiche de tâches heurees, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AMP, AES, ASG, IDE	OUI
38	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	OUI
39	Procédure d'admission des résidents	OUI
40	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)	OUI
41	Relevé des pesées et des IMC pour chaque résident accueillis dans la structure en année N-1 (Excel)	OUI
42	Les 2 derniers CR et feuilles d'émargement de la commission de coordination gériatrique	OUI
43	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	OUI
44	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (Excel disponible sur Collecte Pro)	OUI
45	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)	NON
46	Livret d'accueil du résident	OUI
47	Contrat de séjour d'un résident et ses annexes	OUI
48	Procédure relative aux contentions	OUI
49	RAMA	OUI
50	Convention pharmacie EHPAD	OUI
51	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	OUI
52	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	OUI
53	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	OUI
54	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	OUI
55	La fiche récapitulative (FR) du dossier technique amiante (DTA)	OUI
56	La convention de collecte avec prestataire des DASRI et bordereaux de suivi ou de prise en charge	OUI
57	Les analyses légionnelles réalisées sur le réseau d'eau chaude sanitaire (années N et N-1 ou années N-1 et N-2 si les prélèvements de l'année N se sont pas encore réalisés	OUI



13 rue du Landy  
93200 Saint-Denis Tél [REDACTED]

Annexe 2 : Liste des documents demandés

## Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces

### Résidence des Sœurs Augustines

1	Liste nominative des résidents admis à la date du contrôle avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance, leur date d'entrée, la date du dernier PAI, le bénéfice éventuel de l'aide sociale, le type de la protection juridique éventuelle (Excel)	OUI
2	Grilles de suivi des taux d'occupation et nombre de journées réalisées pour chaque activité (hébergement permanent, hébergement temporaire, PASA et UHR) pour l'année N-1 et le jour du contrôle	OUI
3	Projet spécifique du PASA	OUI
4	Dernier programme d'activités du PASA	OUI
5	Le projet spécifique d'hébergement temporaire	NC
6	Règlement de fonctionnement	OUI
7	Plan des locaux de l'établissement	OUI
8	Projet d'établissement	OUI
9	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)	OUI
10	Organigramme	OUI
11	Diplôme du directeur de l'EHPAD	OUI
12	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD	OUI
13	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	OUI
14	Procédures et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)	NON
15	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois	OUI
16	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	OUI
17	IDEc : Contrat de travail, Fiche de poste ou feuille de route, Diplôme d'IDE et de Cadre de santé, Inscription à l'ordre des infirmiers	OUI
18	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, 3 derniers bulletins de salaires	OUI
19	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS	OUI
20	Les comptes rendus des CVS N et N-1	OUI
21	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation	NON
22	Dernière évaluation externe	OUI
23	Dernière évaluation interne	OUI
24	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2	OUI
25	Registre des plaintes et réclamations	OUI
26	Les trois dernières réclamations et leur traitement	OUI
27	Procédure de gestion des événements indésirables	OUI
28	Procédure de déclaration externe des dysfonctionnements graves	OUI
29	Liste des signalements à l'ARS et/ou Ville de Paris	OUI
30	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les deux derniers EIG	NON
31	Registre du personnel N-1 & N-2	OUI
32	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	OUI
33	Plan de développement des compétences (formation) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1	OUI
34	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)	OUI
35	Tableau du personnel des unités PASA ou UHR (excel)	OUI
36	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit	OUI

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 des Sœurs Augustines (FINESS géographique 750800559) situé au 29 rue de la Santé – 75013 PARIS, géré par l'Association maison de retraite des Sœurs Augustines, qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

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

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

- Monsieur Frédéric MUSSO, Coordonnateur de la mission d'inspection, responsable de la Mission d'Inspection des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;

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

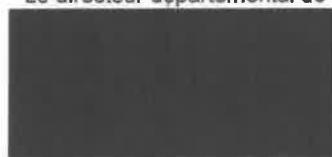
- Monsieur Jérôme FEYDEL, désigné en qualité d'inspecteur par la directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France au titre de l'article L1435-7 du CSP, Délégation Départementale de Paris ;
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de mission Secteur Personnes Agées, Délégation Départementale 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 ;
- Madame Sylvie DRUGEON, ingénierie de génie sanitaire, responsable du Pôle Santé environnement, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation Départementale de Paris

Le contrôle, sur pièces, sera réalisé à compter du **vendredi 7 juillet 2023**. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. La mission pourra s'adjointre 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'Ile-de-France et, par délégation,  
Le directeur départemental de Paris



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



## Annexes

### Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Délégation Départementale de Paris  
Agence régionale de santé Île-de-France

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

Affaire suivie par : Frédéric MUSSO  
Courriel : [frederic.muoso@paris.fr](mailto:frederic.muoso@paris.fr)  
Téléphone : 01.71.27.01.93.

Monsieur Frédéric MUSSO, coordonnateur de la mission d'inspection, responsable de la Mission d'Inspection des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

Monsieur Jérôme FEYDEL, désigné en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France au titre de l'article L.1435-7 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de mission Secteur Personnes Agées, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

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

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

Madame Sylvie DRUGEON, ingénierie du génie sanitaire, responsable du Pôle Santé Environnement, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Saint-Denis, le 7 juillet 2023

Mesdames, Messieurs,

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

Ce programme a pour objectif de faire, dans chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents. Il prend en compte les axes suivants :

1. La gestion des ressources humaines ;
2. La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance ;
3. L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante .

13 rue du Landy  
93200 Saint-Denis  
[missioncontrole.ars.ile-de-france.fr](mailto:missioncontrole.ars.ile-de-france.fr)

94/96 Quai de la Rapée  
75012 Paris  
[paris.fr](http://paris.fr)

## Glossaire

**AES** : Accompagnant Educatif et Social  
**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

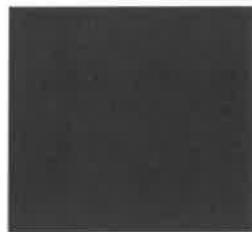
faiblesses sont accompagnées de difficultés dans la gestion des risques et la gestion de la qualité, ainsi que dans la gestion des ressources humaines. Enfin, des efforts sont à porter également sur les risques environnementaux; notamment dans le suivi de l'amiante et le traitement des légionnelles.

C'est pourquoi, ces constats nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent rapidement des actions de correction et d'amélioration.

Saint Denis, le 05/09/2024



Jérôme FEYDEL  
Désigné en qualité d'inspecteur par la directrice  
générale de l'Agence Régionale de Santé Ile-  
de-France  
ARS Île-de-France



Frédéric MUSSO  
Responsable de la Mission Inspection  
des ESMS parisiens  
Ville de Paris

Sylvie DRUGEON



- L'établissement ne met pas en œuvre une politique de la bientraitance et de repérage de la maltraitance,
  - L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration des EI/EIG,
  - L'établissement n'a pas déclaré les évènements indésirables graves transmis concernant le problème de pharmacovigilance ainsi que la présence de légionnelles dans l'établissement,
  - L'établissement n'a pas rédigé de procédures relatives aux situations de violences, de harcèlements sexuels ou d'agressions,
  - L'établissement n'a pas mis en place un suivi et un bilan des EI/EIG dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité,
  - L'établissement n'a pas mis en place l'analyse des EI/EIG et la formalisation des retours d'expérience.
- Prises en charge :
- Respect du droit des personnes :
    - L'établissement ne dispose pas d'un protocole complet en matière d'élaboration du PAI.
  - Soins :
    - La procédure du médicament ne précise pas les modalités de la collaboration entre l'AS et l'IDE, les cas de délégation d'administration et d'aide à la prise ainsi que le rôle propre de l'IDE et les traitements dont la prise ne peut pas être déléguée,
    - Les éléments transmis par l'établissement ne permettent pas d'établir la tenue d'une évaluation, à minima annuelle, de la douleur chez les résidents.
- Fonctions support :
- Gestion des RH :
    - La fidélisation des personnels et la stabilisation de l'équipe n'est pas effective, ce qui fragilise la prise en charge des résidents,
    - L'établissement recourt massivement aux CDD de courte durée,
    - La fiche de procédure relative à la gestion des absences ne permet pas de saisir la mise en œuvre d'un remplacement, la réorganisation des tâches proposée, le rôle des remplaçants qui ne disposent pas des compétences requises ni l'organisation minimale de fonctionnement, ce qui est de nature à remettre en cause la sécurité des soins,
    - Le plan de développement des compétences de l'établissement ne propose pas l'ensemble des formations qui assurent une qualité de la prise en charge des résidents : bientraitance, repérage de la maltraitance, sensibilisation à la dénutrition, troubles du comportement et troubles sensoriels,
    - Le protocole d'accueil est un descriptif du processus de recrutement et ne vise pas à l'accueil du nouveau salarié au sein de l'équipe et de l'établissement,
    - L'établissement n'a pas rédigé de fiche de tâches heurees pour les AES (ex. AMP) et les ASH.
- Risques environnementaux :
- Amiante :
    - La fiche récapitulative sur l'amiante n'est pas mise à jour.
  - DASRI
    - La convention n'est pas signée par le collecteur. Seul l'incinération est cochée comme traitement des DASRI alors que qu'un site de banalisation est indiqué comme exutoire secondaire.
    - Les bordereaux ne sont pas systématiquement signés par le producteur.
  - Légionnelles :
    - Les analyses de légionnelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur,
    - La direction ne s'est pas assurée que l'ensemble des mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) sont réalisées régulièrement,
    - La direction doit s'assurer la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.

A l'issue de ce contrôle, la mission relève que les points positifs de l'établissement concernent principalement les différents aspects de la prise en charge des résidents, tant le respect du droit des personnes, l'organisation de la prise en charge que les soins.

Toutefois, des faiblesses ont été mises en évidence sur la gouvernance de l'établissement, que ce soit sur la conformité aux conditions de l'autorisation, le management et la stratégie et l'animation des instances. Ces

## Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD des « Sœurs Augustines », géré par la « Congrégation des Sœurs Augustines du Saint Cœur de Marie » a été réalisé le 17 juillet 2023 à partir des documents transmis par l'établissement.

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

- Gouvernance :
  - Conformité aux conditions de l'autorisation :
    - La répartition des GIR des résidents est conforme à la réglementation.
  - Management et Stratégie :
    - La qualification et les fonctions du directeur sont conformes à la réglementation,
    - L'établissement dispose d'un médecin coordonnateur et d'une infirmière de coordination.
  - Animation et fonctionnement des instances :
    - Le Conseil de la Vie Sociale est installé et se réunit régulièrement.
  - Gestion des risques et de la qualité :
    - L'établissement a mis en place un cahier de réclamations.
- Prises en charge :
  - Respect du droit des personnes :
    - Un livret d'accueil et le contrat de séjour sont complets,
    - Une procédure relative aux contentions a été mise en place.
  - Organisation de la prise en charge :
    - L'établissement dispose d'une procédure d'admission détaillée,
    - Une évaluation du résident est réalisée au moment de l'admission,
    - La commission de coordination gériatrique est en place,
    - Des professionnels libéraux interviennent dans l'établissement dont quatre médecins et un dentiste.
  - Soins :
    - Une convention est passée avec une officine,
    - Un protocole de circuit du médicament a été rédigé,
    - Une procédure de distribution du médicament confie ce rôle aux seuls infirmiers,
    - Un protocole de dépistage et de lutte contre la douleur est mis en place,
    - Un protocole de soins palliatifs et de fin de vie a été rédigé,
    - Un suivi nutritionnel est en place au sein de l'établissement.
- Fonctions support :
  - Gestion des RH :
    - L'établissement a réalisé des fiches de tâches heureuses pour les infirmiers et les aides-soignants,
    - Il n'a pas été constaté de glissement de tâches.

Elle a également relevé des écarts à la réglementation et des dysfonctionnements dont les principaux sont :

- Gouvernance :
  - Conformité aux conditions de l'autorisation :
    - Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95%,
    - L'établissement ne dispose pas d'un projet de service spécifique au PASA.
  - Management et Stratégie :
    - Le contenu du règlement de fonctionnement n'est pas conforme à la réglementation,
    - Le projet d'établissement fourni n'est plus en vigueur et n'a pas été réactualisé,
    - Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation,
    - L'établissement ne dispose pas d'organisation relative aux astreintes administratives.
  - Animation et fonctionnement des instances :
    - Le CVS n'est pas avisé des dysfonctionnements et évènements indésirables.
  - Gestion des risques et de la qualité :
    - L'établissement ne fait pas mention d'actions d'amélioration continue de la qualité,
    - L'établissement ne procède pas de façon régulière à des évaluations externes,

14	<b>2.1.4.5.</b>	<b>Remarque n° 14:</b> Les plannings types contiennent quelques erreurs dans le découpage horaire.
15	<b>2.1.4.2.</b>	<b>Remarque n°15:</b> L'établissement n'a pas rédigé de fiche de tâches heurées pour les AES (ex. AMP) et les ASH.
16	<b>2.1.4.10.</b>	<b>Remarque n°16 :</b> Il n'est pas préciser dans les fiches de tâches heurées du personnel de nuit qui assure la distribution des médicaments.
17	<b>3.1.4.5.</b>	<b>Remarque n° 17 :</b> Tous les professionnels médicaux intervenant dans la structure n'utilisent pas le logiciel de soins de l'établissement.
18	<b>3.1.4.5.</b>	<b>Remarque n°18 :</b> Au jour du contrôle, neuf résidents n'ont pas de médecin traitant.
19	<b>3.2.3.1.</b>	<b>Remarque n° 19 :</b> La procédure transmise sur les contentions n'est pas signée et approuvée par l'établissement .
20	<b>DASRI</b>	<b>Remarque n°20 :</b> La convention n'est pas signée par le collecteur. Seul l'incinération est cochée comme traitement des DASRI alors que qu'un site de banalisation est indiqué comme exutoire secondaire.
21	<b>DASRI</b>	<b>Remarque n°21 :</b> Les bordereaux ne sont pas systématiquement signés par le producteur.
22	<b>Légionnelles</b>	<b>Remarque n°22 :</b> La direction ne s'est pas s'assurée que l'ensemble des mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) sont réalisées régulièrement.
23	<b>Légionnelles</b>	<b>Remarque n°23 :</b> La direction doit s'assurer la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.

Nbre	Numéro IGAS	Remarques
1	<b>1.2.1.1.</b>	<b>Remarque n°1 :</b> Le règlement de fonctionnement du CVS transmis n'est pas daté et signé.
2	<b>1.2.1.6.</b>	<b>Remarque n°2 :</b> Le plan bleu ne précise pas les modalités de mise à jour, ni celles d'intégration des RETEX.
3	<b>1.2.2.1.</b>	<b>Remarque n°3 :</b> L'organigramme de l'établissement ne contient pas tous les noms des personnels en poste.
4	<b>1.2.2.8.</b>	<b>Remarque n°4 :</b> L'établissement ne dispose pas d'organisation relative aux astreintes administratives.
5	<b>1.2.2.15.</b>	<b>Remarque n°5 :</b> L'inscription à l'Ordre des médecins n'a pas été transmise.
6	<b>1.4.3.2.</b> <b>1.4.3.3.</b>	<b>Remarque n°6 :</b> L'établissement n'a pas rédigé de procédures relatives aux situations de violences, de harcèlements sexuels ou d'agressions.
7	<b>1.5.1.5.</b> <b>1.5.1.6.</b>	<b>Remarque n° 7 :</b> L'établissement n'a pas mis en place un suivi et un bilan des EI/EIG dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité.
8	<b>1.5.1.5.</b> <b>1.5.1.6.</b>	<b>Remarque n°8 :</b> L'établissement n'a pas mis en place l'analyse des EI/EIG et la formalisation des retours d'expérience.
9	<b>2.1.2.1.</b>	<b>Remarque n° 9 :</b> Le plan de développement des compétences de l'établissement ne propose pas l'ensemble des formations qui assurent une qualité de la prise en charge des résidents : bientraitance, repérage de la maltraitance, sensibilisation à la dénutrition, troubles du comportement et troubles sensoriels.
10	<b>2.1.2.5.</b>	<b>Remarque n° 10 :</b> Le protocole d'accueil est un descriptif du processus de recrutement et ne vise pas à l'accueil du nouveau salarié au sein de l'équipe et de l'établissement.
11	<b>2.1.2.5.</b>	<b>Remarque n° 11 :</b> L'établissement ne propose pas aux salariés un groupe de parole ou un groupe d'analyse de pratiques.
12	<b>2.1.4.5.</b>	<b>Remarque n° 12 :</b> L'organisation horaire entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit ne permet qu'à une infirmière de participer aux transmissions orales ce qui fragilise l'organisation des soins en l'absence de celle-ci.
13	<b>2.1.4.5.</b>	<b>Remarque n° 13 :</b> L'organisation des plannings horaires manque de précisions et de cohérence.

12	<b>1.4.3.1.</b>	<b>Ecart n°12 :</b> L'établissement ne met pas en œuvre une politique de la bientraitance et de repérage de la maltraitance, ce qui contrevient à l'article L.311-3 1° du CASF.	Article L.311-3 1° du CASF
13	<b>1.5.1.3.</b>	<b>Ecart n°13 :</b> L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration des EI/EIG ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.	Article L.331-8-1 du CASF
14	<b>1.5.1.3.</b>	<b>Ecart n° 14 :</b> L'établissement n'a pas déclaré les évènements indésirables graves transmis concernant le problème de pharmacovigilance ainsi que la présence de légionnelles dans l'établissement ce qui contrevient à l'article L331-8-1 et -9 du CASF.	Article L.331-8-1 et 9 du CASF
15	<b>2.1.1.1.</b>	<b>Ecart n°15 :</b> Contrairement aux engagements pris en 2019 lors de la signature du CPOM, la fidélisation des personnels et la stabilisation de l'équipe n'est pas effective, ce qui fragilise la prise en charge des résidents et contrevient à l'article L.311-3 1° du CASF.	Article L.311-3 1° du CASF
16	<b>2.1.1.1.</b>	<b>Ecart n°16 :</b> L'établissement recourt massivement aux CDD de courte durée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 3° du CASF.	Article L.311-3 3° du CASF
17	<b>2.1.4.7.</b>	<b>Ecart n°17 :</b> La fiche de procédure relative à la gestion des absences ne permet pas de saisir la mise en œuvre d'un remplacement, la réorganisation des tâches proposée, le rôle des remplaçants qui ne disposent pas des compétences requises ni l'organisation minimale de fonctionnement, ce qui est de nature à remettre en cause la sécurité des soins.	Article L.311-3 1° du CASF
18	<b>3.1.3.3.</b>	<b>Ecart n° 18 :</b> L'établissement ne dispose pas d'un protocole complet en matière d'élaboration du PAI ce qui contrevient à l'article L311-3 3° et 7° du CASF.	Article L.311-3 3° et 7° du CASF
19	<b>3.8.2.22.</b>	<b>Ecart n°19 :</b> La procédure du médicament ne précise pas les modalités de la collaboration entre l'AS et l'IDE, les cas de délégation d'administration et d'aide à la prise ainsi que le rôle propre de l'IDE et les traitements dont la prise ne peut pas être déléguée ce qui contrevient aux articles R4311-4 et R4311-5 du code de la santé publique.	Articles R.4311-4 et R4311-5 du CSP
20	<b>3.8.2.24.</b>	<b>Ecart n°20 :</b> Les éléments transmis par l'établissement ne permettent pas d'établir la tenue d'une évaluation, à minima annuelle, de la douleur chez les résidents ce qui contrevient aux articles L1110-5, L1112-4 du code de la santé publique.	Articles L.1110-5 et L.1112-4 du CSP
21	<b>Amiante</b>	<b>Ecart n°21 :</b> La fiche récapitulative sur l'amiante n'est pas mise à jour.	Articles L.1334-12-1 à L.1334-17, L.1337-2 à L.1337-5, R.1334-14 à R.1334-29-9 du CSP Décret n° 2011-629 du 3 juin 2011
22	<b>Légionnelles</b>	<b>Ecartn°22 :</b> Les analyses de légionnelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur.	Arrêté 1 <sup>er</sup> Février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire

## Récapitulatif des écarts et des remarques

Nbre	Numéro IGAS	Ecarts	Référence
1	<b>1.1.1.2</b>	<b>Ecart n°1 :</b> Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95%.	Article L.313-4 du CASF
2	<b>1.1.2.2.</b>	<b>Ecart n°2 :</b> Au vu des documents transmis, l'établissement ne dispose pas d'un projet de service spécifique au PASA.	Article D.312-155-0-1 du CASF
3	<b>1.2.1.1.</b>	<b>Ecart n°3 :</b> Le règlement de fonctionnement ne fait pas mention d'une consultation du CVS pendant son élaboration ce qui contrevient à l'article L311-7 du CASF.	Article L.311-7 du CASF
4	<b>1.2.1.2.</b>	<b>Ecart n°4 :</b> Le contenu du règlement de fonctionnement n'est pas conforme à la réglementation ce qui contrevient aux article R311-35, R311-36 et R311-37 du CASF.	Articles R.311-35 à 37 du CASF
5	<b>1.2.1.4.</b> <b>1.2.1.5.</b>	<b>Ecart n°5 :</b> Le projet d'établissement fourni n'est plus en vigueur et n'a pas été réactualisé.	Article L.311-8 du CASF
6	<b>1.2.2.12.</b>	<b>Ecart n° 6 :</b> L'établissement n'a pas transmis l'inscription à l'Ordre des infirmiers de l'IDEC ce qui contrevient à l'article L4311-3 du CSP.	Article L.4311-3 du CSP
7	<b>1.2.2.14.</b>	<b>Ecart n°7 :</b> Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation.	Article D.312-156 du CASF
8	<b>1.3.3.1.</b>	<b>Ecart n°8 :</b> Lors des séances il n'est pas procédé à la vérification du quorum ce qui contrevient à l'article D.311-17 du CASF.	Article D.311-17 du CASF
9	<b>1.3.3.2.</b>	<b>Ecart n°9 :</b> Le CVS n'est pas avisé des dysfonctionnements et évènements indésirables ce qui contrevient à l'article R.331-10 du CASF.	Article R.331-10 du CASF
10	<b>1.4.1.7.</b>	<b>Ecart n°10 :</b> L'établissement ne fait pas mention d'actions d'amélioration continue de la qualité ce qui contrevient à l'article D.312-203 du CASF.	Article D.312-203 du CASF
11	<b>1.4.2.1.</b>	<b>Ecart n°11 :</b> L'établissement ne procède pas de façon régulière à des évaluations externes ce qui contrevient aux articles L.312-8, D.312-200 et D.312-204 du CASF.	Articles L.312-8, D.312-200 et D.312-204 du CASF

LEGIONELLES	<p>Les résultats d'analyses de légionnelles contiennent les données des années 2023, 2022 et 2021.</p> <p>L'ensemble des points réglementaires n'a pas fait l'objet de prélèvements. On note la présence d'analyses de légionnelles dans un fond de ballon uniquement en 2021.</p> <p>On note des concentrations très élevées en 2021 et 2022. Les recontrôles réalisés en 2022 sont conformes.</p> <p>L'ARS a relevé des températures très élevés aux point de puisage.</p>	<p><b>Ecart n°22 :</b> Les analyses de légionnelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur.</p> <p><b>Remarque n°22 :</b> La direction ne s'est pas s'assurée que l'ensemble des mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) sont réalisées régulièrement.</p> <p><b>Remarque n°23 :</b> La direction doit s'assurer la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.</p>
-------------	--	--

## Risques environnementaux

	Observations ou commentaires	Constat E/R
AMIANTE	<p>Aucune fiche récapitulative du DTA n'a été transmise.</p> <p>Seul un diagnostic avant travaux a été transmis.</p>	<p><b>Ecart n°21 :</b> La fiche récapitulative sur l'amiante n'est pas mise à jour.</p>
DASRI	<p>L'établissement a transmis sa convention de collecte.</p> <p>Les bordereaux ont bien été transmis. Ils ne sont pas signés par l'établissement. Un seul contient une adresse de traitement non indiqué dans la convention ; les DASRI auraient dû être traités dans l'exutoire secondaire.</p> <p>L'ARS note que plusieurs passages peuvent avoir lieu dans un même mois alors que la convention concerne un passage mensuel. Cela occasionne semble-t-il des passages ultérieurs à vide non justifiés.</p>	<p><b>Remarque n°20 :</b> La convention n'est pas signée par le collecteur. Seul l'incinération est cochée comme traitement des DASRI alors que qu'un site de banalisation est indiqué comme exutoire secondaire.</p> <p><b>Remarque n°21 :</b> Les bordereaux ne sont pas systématiquement signés par le producteur.</p>

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Sauf signalement de la présence du Réseau Ensemble dans les partenariats, le RAMA ne comporte pas d'éléments sur les soins palliatifs.	
3.4.3.9	<p><b><u>Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel</u></b></p> <p>Le document transmis par la mission a été rempli et renvoyé par l'établissement.</p> <p>Le rythme des pesées tend vers un rythme mensuel et selon le RAMA : « A l'admission du résident, une évaluation du statut nutritionnel est réalisée. Une surveillance mensuelle du poids de tous les résidents est réalisée par l'équipe soignante, qui veille également à la prise effective des repas. En cas de besoin, une surveillance des ingestats sur 3 jours est instaurée. Une supplémentation hyper protéinée est mise en place le cas échéant ». Un suivi nutritionnel est donc en place dans l'établissement.</p>	

## Relations avec l'extérieur

### Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
4.2.1.2	<p><b><u>Personnels médicaux et paramédicaux libéraux</u></b></p> <p>L'établissement a transmis une liste des personnels médicaux et paramédicaux libéraux intervenant dans l'établissement, sans indiquer leurs jours de présence. Au total interviennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Six kinésithérapeutes qui prennent en charge 92 résidents.</li> <li>- Trois orthophonistes qui prennent en charge, respectivement, 4/3/2 résidents.</li> <li>- Une pédicure qui peut suivre tous les résidents si besoin (en intervenant trois après-midi par semaine).</li> </ul>	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p>Le protocole présente ensuite les différents types de douleurs ainsi que les échelles à disposition pour les évaluer chez un résident. Pour la personne âgée communicante le dépistage se fait par « interrogatoire » et l'intensité est quantifié via des échelles d'auto-évaluation : EVA, EN, EVS.</p> <p>Chez la personne âgée non communicante, le dépistage et l'évaluation se font de manière liée avec l'échelle comportementale Algoplus.</p> <p>Ces évaluations douleurs font l'objet de transmissions ciblées dans [REDACTED] avec la date, l'heure, le contexte de l'évaluation, les réactions des résidents ainsi que l'information du médecin traitant.</p> <p>Le RAMA 2022 indique la mise en place d'un dépistage systématique de la douleur et que « L'évaluation de la douleur est réalisée avec des échelles selon le protocole en place. La douleur est évaluée et tracée dans le dossier soin à l'admission. On note toujours un manque de réévaluation de la douleur et sa traçabilité après dispensation de l'antalgique ».</p> <p>Ni le protocole ni les données médicales transmises ne font ressortir un suivi à minima annuel de la douleur chez les résidents.</p>	
3.8.2.25	<p><b>Protocole soins palliatifs et fin de vie :</b></p> <p>L'établissement a transmis un protocole accompagnement et soins de fin de vie mis à jour le 28 avril 2023.</p> <p>Ses objectifs sont d'améliorer la prise en compte de la fin de vie en EHPAD, permettre aux résidents le respect de leurs choix, de leur sécurité et dignité, d'accompagner les familles touchées et de permettre une information pour les intervenants.</p> <p>Le protocole détaille la place des médecins dans le processus de décision autour de la mise en place du processus de fin de vie ainsi que la pluralité des acteurs, familles et proches ainsi que le corps médical et les professionnels au contact du résident, dans la mise en place des soins palliatifs et de l'accompagnement de fin de vie.</p> <p>Il aborde les questions éthiques et spécificités de la démarche palliative en EHPAD ainsi que les questionnements qui émanent pour et autour du personnel soignant chargé de la prise en charge. Enfin, il détaille des points de vigilance spécifique pour assurer l'accompagnement de la fin de vie d'un résident en prenant en compte les symptômes inconfortables qui peuvent apparaître.</p>	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p><b><u>Délégation d'administration des médicaments par l'IDE :</u></b></p> <p>L'établissement a transmis une procédure aide à la prise des aides-soignants en collaboration avec les IDE, en date du 12 juillet 2023.</p> <p>Cette procédure a vocation à s'appliquer pour les AS/AMP/ASG pour l'aide à la prise concernant les traitements en formes orales et une liste prévue. Il est précisé que l'AS « ne peut aider seule à la prise » pour les médicaments ORL, lavements et médicaments stupéfiants, qui sont administré par des IDE de nuit. L'AS ne peut également broyer les médicaments qui est une tâche exclusive à l'IDE qui prépare également les médicaments dans un contenant identifié, permettant de connaître l'identité du résident, et avec le moment de la prise.</p>	
3.8.2.22	<p>Avant la prise, le profil du résident concernant ses capacités et habitude doit être connu. Pendant la prise, l'identité du résident doit-être vérifiée à l'oral (nom, prénom et numéro de chambre) en plus d'une identification via le pilulier ou la boîte préparée. Après, une vérification est nécessaire pour vérifier que tous les traitements ont été pris et transmettre le soin dans les transmissions sur Osiris en signalant tout problème.</p> <p>Pour la préparation des médicaments, l'IDE crée un évènement dans le logiciel [REDACTED] renseignant l'AS avec les médicaments qui doivent faire l'objet d'une aide pour chaque heure de prise. Toute aide à la prise est tracée dans [REDACTED] avec signalement des éventuels problèmes.</p> <p>Le protocole fourni ne précise pas les caractéristiques de l'accompagnement et de la collaboration avec les AS, ne précise pas que même dans les cas de délégation l'IDE engage toujours sa responsabilité lors de la prise de médicaments.</p>	<p><b>Ecart n°19 :</b> La procédure du médicament ne précise pas les modalités de la collaboration entre l'AS et l'IDE, les cas de délégation d'administration et d'aide à la prise ainsi que le rôle propre de l'IDE et les traitements dont la prise ne peut pas être déléguée ce qui contrevient aux articles R4311-4 et R4311-5 du code de la santé publique.</p>
3.8.2.24	<p><b><u>Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur :</u></b></p> <p>L'établissement a transmis un protocole de dépistage, évaluation et suivi de la douleur, celui-ci n'est pas daté.</p> <p>Il a pour objectif d'évaluer la douleur chez toutes les personnes âgées, d'instaurer un traitement et de l'efficacité de celui-ci en analysant l'évolution de la douleur. Il est précisé que le dépistage de la douleur est l'affaire de tous les types de personnel en contact avec les résidents.</p>	<p><b>Ecart n°20 :</b> Les éléments transmis par l'établissement ne permettent pas d'établir la tenue d'une évaluation, à minima annuelle, de la douleur chez les résidents ce qui contrevient aux articles L1110-5, L1112-4 du code de la santé publique.</p>

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p>l'ordonnance, de la mise en place d'une politique de prévention et de maîtrise des risques liés aux médicaments en collaboration avec le médecin coordonnateur et la qualité de la préparation des doses à administrer ainsi que de sa conformité et de la traçabilité du processus entier.</p> <p>L'EHPAD transmet les ordonnances en suivant le rythme de 28 jours établi dans la convention. Les ordonnances originales et d'exception sont récupérées en main propre au personnel de l'officine pendant son passage à l'établissement. Les ordonnances renouvelables peuvent être renvoyées par l'établissement en cas de besoin. Ces transmissions se font en garantissant la confidentialité des données du patient par l'établissement.</p> <p>Annuellement, le directeur de l'EHPAD, le médecin coordonnateur, le pharmacien dispensateur et ou le référent se réunissent pour évaluer les apports de la convention entre l'établissement et l'officine ainsi que les dépenses pharmaceutiques et les politiques de substitution de médicaments. Bi-annuellement, le pharmacien dispensateur réalise un bilan d'activité de dispensation.</p> <p>L'EHPAD et l'officine peuvent communiquer via un cahier de liaison contenant les observations relatives aux médicaments des résidents. La convention précise également que les correspondances électroniques sont possibles car elles garantissent une traçabilité parfaite.</p> <p><b>Protocole de circuit du médicament</b></p> <p>L'établissement a transmis une procédure de circuit du médicament mise à jour le 12 juillet 2023, sans visa. Les étapes indiquent qui est à l'origine de l'action, pour quelle situation et si des documents ou fichiers sont à actualiser. Les étapes concernent : l'acte de prescription, le traitement des prescriptions et la préparation, l'organisation de stockage et de distribution des médicaments, le stock de dépannage collectif de première nécessité, la distribution et l'administration des médicaments par les IDE et AS. Enfin, un protocole adjoint relatif aux médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants décrit les règles relatives à la prescription, le stockage, la manipulation et l'administration de ces médicaments.</p> <p>Selon le RAMA 2022, l'établissement doit mettre en place un autodiagnostic du circuit du médicament. Il précise aussi que le circuit est informatisé. Bien que l'établissement dispose d'une liste préférentielle de médicaments, celle-ci est peu utilisée par les médecins traitants.</p>	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information de la personne et ses proches : ils doivent être informés des raisons de cette décision afin de rechercher, si possible, leur adhésion. L'information est inscrite dans [redacted]</li> <li>- Prescription médicale de la contention : elle est faite sur prescription dans le dossier informatisé du résident. Elle précise le matériel utilisé, les risques prévus par l'usage de la contention, la programme de surveillance et de planification. En cas d'urgence, et en l'absence de médecin, la prescription peut se faire à posteriori.</li> <li>- Mise en œuvre de la contention : elle doit respecter l'intimité et la dignité du résident, tout en assurant qu'elle soit adaptée pour la durée visée. La tolérance à la contention est évaluée par l'équipe soignante plusieurs fois dans la journée. Les observations de cette surveillance physique, psychologique et environnementale est reportée dans le logiciel de soins.</li> <li>- Arrêt de la contention : la contention doit rester bénéfique pour être maintenue, le rythme de réévaluation décroît au fur et à mesure en passant de journalière, puis hebdomadaire puis mensuelle au moment des réunions de synthèse.</li> </ul> <p>Le nombre de contention est bien noté dans le RAMA transmis et il est indiqué que la traçabilité est un point à améliorer.</p>	

## Soins

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.8.2.9	<p><b><u>Convention EHPAD/Officine :</u></b></p> <p>L'établissement a transmis une convention EHPAD/Pharmacien dispensateur signée le 6 décembre 2016, prenant effet le 1<sup>er</sup> janvier 2017, valable pour 3 ans mais renouvelable annuellement par tacite reconduction.</p> <p>L'établissement a pour responsabilité le respect des consignes relatives portant sur le bon usage du médicament, ainsi que sa distribution et de ses conditions d'administration. L'EHPAD est également responsable de la communication des ordonnances, documents et informations nécessaires à l'officine pour assurer sa fonction. De son côté, l'officine est notamment responsable de la mise à disposition des informations nécessaires pour un usage effectif du médicament, de l'analyse pharmaceutique de</p>	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p>développement des initiatives du résident, le droit à des soins infirmiers et médicaux adaptés, ainsi qu'une information préalable en cas de déplacement pour des soins extérieurs, le droit à l'accueil de la famille et des amis du résident, ainsi que de la rencontre avec des bénévoles, le droit de retrouver sa place dans l'établissement après une absence transitoire, le droit à la libre disposition de ses ressources personnelles et le droit à la parole.</p> <p>Est jointe la « Charte des Etablissements Augustiniens » du 28 août 2010, qui vise à développer une approche d'accueil et de prise en charge bienveillante, disponible, à l'écoute et proposant un accompagnement personnalisé du résident.</p> <p>Pour le contrat de séjour, sont abordés : le droit à la personne de confiance, les directives anticipées, les prestations liées à l'hébergement, la dépendance et aux soins, le secret médical partagé, le règlement général sur la protection des données, le droit à la résiliation à l'initiative du résident, le droit au recours à un médiateur à la consommation ou une personne qualifiée, le libre choix du résident pour son pharmacien ainsi que des prestataires en santé en EHPAD, le droit à l'image, les mesures « les mesures particulières à prendre, autres que celles définies au règlement de fonctionnement, pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir ».</p>	
3.2.3.1	<p><b>Procédure relative aux contentions :</b></p> <p>L'établissement a transmis une procédure de mise en place d'une contention physique, en date du 11 juillet 2023, ne faisant pas mention des personnes ayant rédigé, validé et approuvé la procédure.</p> <p>La procédure présente la contention, son domaine d'application et les responsabilités du personnel médical pendant tout le processus de mise en place de la contention : les médecins sont responsables de la prescription de la recherche du consentement éclairé du patient ou de sa personne de confiance, l'équipe de soins est responsable de l'application et la surveillance de la contention, le cadre de santé veille à la bonne application de la procédure par les soignants.</p> <p>Pour amener à la contention le processus est divisé en 5 points :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La décision de la contention : la contention arrive en dernier recours, en cas de danger pour la personne, c'est une décision médicale qui doit faire l'objet d'une analyse, d'un rapport bénéfice/risque et doit être motivée par les différents membres de l'équipe soignante. Le processus est tracé dans [redacted]</li> </ul>	<p><b>Remarque n° 19 :</b> La procédure transmise sur les contentions n'est pas signée et approuvée par l'établissement .</p>

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p>L'établissement compte huit médecins traitants qui interviennent auprès de 83 résidents (quatre médecins prennent en charge chacun un résident, un autre intervient pour deux résidents et les trois derniers couvrent respectivement 21, 26 et 30 résidents). Deux dentistes interviennent également dans la structure.</p> <p>L'établissement a transmis que parmi les médecins traitants seulement quatre et un dentiste utilisaient le logiciel de soins de l'établissement.</p>	<p>intervenant dans la structure n'utilisent pas le logiciel de soins de l'établissement.</p> <p><b>Remarque n°18 :</b> Au jour du contrôle, neuf résidents n'ont pas de médecin traitant.</p>
2.5.4.3	<p><b>Système d'appel malade</b></p> <p>L'établissement a indiqué avoir recours au système d'appel malades [REDACTED] permettant un lien direct avec les résidents dans leurs chambres. L'appel est possible avec un système mural ou une montre si le résident en fait la demande. L'établissement a également indiqué que « la consultation des durées moyennes de réponse aux appels, le nombre d'appels et les éventuelles anomalies est possible en ligne sur la plate-forme de la solution d'appels malades ».</p> <p>Aucun autre document n'a été joint.</p>	

### Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.2.2.2 3.2.2.5	<p><b>Le livret d'accueil :</b></p> <p>L'établissement a transmis un livret d'accueil, en date du 3 janvier 2022. Celui présente l'établissement, son histoire, son organisation ainsi que ses services.</p> <p>En matière de droits des personnes, le livret d'accueil aborde les droits du résident attachés aux données informatisées ainsi que ceux issus de la charte des droits et libertés de la personne accueillie.</p> <p>Il est joint une liste de « droits des personnes âgées en institution » contenant : les droits issus de la Charte des Droits et Libertés des personnes âgées dépendantes, un droit d'information et de discussion préalable à l'admission nécessitant l'accord du futur résident, le respect de la dignité, l'identité et la vie privée du résident, le droit d'exprimer ses choix et ses souhaits, le droit à un espace personnel dans l'institution, un devoir de l'institution de répondre et satisfaire autant que possible les désirs du résident, l'appui du</p>	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p>Les acteurs de la réunion de synthèse du PAI sont : le soignant de l'étage, l'IDEC, le personnel infirmier, le MEDCO, les intervenants médicaux et paramédicaux dans l'établissement et la psychologue. Après cette réunion, il y a une restitution auprès du résident et le cas échéant auprès de son tuteur et/ou sa famille afin de recueillir leurs signatures. Les familles peuvent soumettre leurs remarques ou suggérer des modifications qui seront étudiées pendant un rendez-vous. Après confirmation, le PAI est signé en direction et annexer au contrat de séjour avant communication au reste de l'équipe. Le PAI est alors accessible sur TITAN et dans le classeur dédié de la psychologue ainsi que le dossier du résident pour un suivi régulier.</p> <p>Cette trame ne correspond pas à un protocole car il ne comporte pas d'éléments relatifs à la périodicité de réévaluation du PAI et n'inclut pas une participation du résident au-delà de l'annexe de recueil d'information fournie.</p>	
3.1.4.4	<p><b><u>La Commission de Coordination Gériatrique :</u></b></p> <p>L'établissement a transmis le compte rendu de la Commission de Coordination Gériatrique du 1<sup>er</sup> juin 2023. Le document n'indique pas la liste des personnes présentes. Seuls sont renseignés les émetteurs : le médecin coordonnateur, le directeur de l'établissement et l'IDEC.</p> <p>L'ordre du jour portait sur : une présentation des membres de la commission et des responsables de service, une actualité institutionnelle dont la présentation de la nouvelle IDEC, un calendrier institutionnel présenté par le directeur présentant les échéances pour le PACQ 2023/2024, la révision du CPOM en 2024, la nouvelle coupe PATHOS et la révision du projet d'établissement. Est également abordée la sécurisation des prises en charge avec l'importance de la traçabilité des actes et surveillances réalisés, en lien avec l'utilisation du logiciel [REDACTED], ainsi que le respect des bonnes pratiques. Enfin, est présentée une liste de matériel médical nécessaire pour une amélioration de la prise en charge du résident ainsi que de son parcours dans l'établissement.</p> <p>Il est prévu qu'un infirmier soit invité pour la prochaine édition.</p> <p>Il n'y a pas de date renseignée pour la prochaine édition. Le RAMA indique qu'il n'y a pas eu de CCG en 2021.</p>	
3.1.4.5	<p><b><u>Interventions des professionnels médicaux</u></b></p>	<p><b>Remarque n° 17 : Tous les professionnels médicaux</b></p>

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p>A J+1 après l'entrée, l'équipe de soins, le responsable du pôle et l'IDEC font le point avec le résident sur les potentiels problèmes.</p> <p>Entre J+1 et J+7, l'IDEC ou l'IDE de service rencontrent le résident pour faire un bilan de la première semaine. Pendant cette semaine, l'équipe de soin renseigne les observations médicales dans [redacted] pour faire la synthèse de l'évaluation gériatrique, établir la grille de dépendance AGGIR, prescrire un régime si nécessaire. Un entretien portant sur les centres d'intérêts du résident est fait avec la psychologue pour débuter le projet personnalisé.</p> <p>Entre J+8 et J+15, l'équipe pluridisciplinaire fait le point sur l'intégration du résident tout en informant sa famille et son médecin traitant. La psychologue fait un « l'entretien psychologique d'admission et les évaluations cognitives » et complète l'histoire de vie du résident dans le cadre de l'élaboration du projet personnalisé.</p> <p>A M+1 après l'entrée, le MEDCO, l'IDEC et l'équipe soins présentent un bilan d'intégration approfondi à la famille du résident pendant un rendez-vous dédié. La procédure ne fait pas mention d'une présentation au représentant légal du résident s'il y en a un désigné.</p> <p>Entre M+1 et M+3, la psychologue finalise le projet personnalisé en lien avec l'équipe pluridisciplinaire.</p>	
3.2.1.2	<p><b><u>Évaluation à l'admission :</u></b></p> <p>La procédure d'admission fournie précise qu'une évaluation « Constantes Poids ADL- EVS /ALGOPLUS-/NORTON » est organisée par l'équipe de soins et l'IDEC après l'entrée du résident dans la structure.</p> <p>Le RAMA précise qu'un bilan psychomoteur est réalisé dans le mois qui suit l'admission.</p>	
3.1.3.3	<p><b><u>Le PAI</u></b></p> <p>Il n'y a pas de référent PAI par résident, l'élaboration est gérée par la psychologue.</p> <p>L'établissement a fourni une trame d'organisation du PAI et une annexe de recueil d'information remise au résident. L'élaboration du PAI repose sur un recueil de données auprès du résident, autant par le soignant que la psychologue. Le recueil de données en amont sur le logiciel TITAN concerne tous les personnels de l'établissement.</p>	<p><b>Ecart n° 18 :</b> L'établissement ne dispose pas d'un protocole complet en matière d'élaboration du PAI ce qui contrevient à l'article L311-3 3° et 7° du CASF.</p>

## Prises en charge

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.1.1.1	<p><b><u>La procédure d'admission :</u></b></p> <p>L'établissement a transmis une procédure d'admission du nouveau résident, mise à jour le 12 juillet 2023, qui est divisée en neuf étapes de la demande d'admission à un mois après l'entrée du résident.</p> <p>Tout d'abord, le CERFA est adressé à la demande d'admission.</p> <p>Ensuite, une visite de l'établissement est organisée à la demande des candidats et de leurs familles. Après réception et validation du dossier au niveau administratif et médical une visite de préadmission est organisée. Si, après cette visite, l'avis du médecin coordonnateur est toujours favorable le service administratif communique au futur résident les modalités financières et administratives. De plus, une synthèse de la visite de préadmission est réalisée pour définir les besoins médicaux du résident afin d'adapter la chambre qui lui sera attribuée.</p> <p>Pendant la semaine précédant l'admission, un rendez-vous est organisé avec le futur résident pour régler les modalités logistiques d'entrée dont l'adaptation de la chambre et de potentiels meubles. Le MEDCO et l'IDEC informent les intervenants libéraux et les paramédicaux ainsi que l'ensemble du personnel, de l'entrée du futur résident et se rapprochent de son médecin traitant pour récupérer tous les documents médicaux nécessaires pour le dossier de soin dont les ordonnances.</p> <p>Le jour de l'admission, le service administratif transmet aux services : la date et heure d'entrée du résident, son numéro de chambre, l'équipement ainsi que les repas à prévoir. Il prépare également le dossier administratif, le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement. L'équipe de soins et celle de la cuisine préparent les repas et l'accueil du résident. A son arrivée, le résident est accueilli par l'IDEC, l'IDE de service et l'AS référent s'assurent de la bonne installation. L'IDE de service vérifie également que le dossier médical est complet et fait un point avec le résident ou la famille si nécessaire.</p> <p>Après l'accueil du nouveau résident, les différents services de l'établissement se présentent à celui-ci, dont le programme des animations, et une évaluation « Constantes Poids ADL- EVS /ALGOPLUS- /NORTON » est organisée par l'équipe de soins et l'IDEC.</p>	

	<p>Pour une absence d'ASH : si celui-ci était dédié au petit-déjeuner, le relai est assuré par les AS, et une recherche d'ASH pour poursuivre le service selon l'organisation. Il n'est pas précisé qui fait la recherche et les modalités d'organisation qui déclenchent cette recherche. Si aucun contractuel n'est disponible, l'un des SH dédié au bionettoyage ou à la blanchisserie est détaché pour une durée de deux heures.</p> <p>La fiche de procédure ne permet pas de bien comprendre la mise en œuvre d'un remplacement, les conditions qui permettent de déclencher ce remplacement, le rôle des personnes qui interviennent, notamment dans la réorganisation, ni les missions qui sont confiées aux agents sans compétences spécifiques. Le non recours à l'intérim pour les aides-soignants n'est pas expliqué. Il n'est pas permis de saisir quelle est l'organisation minimale qui permet de garantir une qualité des soins aux résidents.</p>	
2.1.4.10	<p><b>L'équipe de nuit :</b>            Les professionnels qui exercent dans l'équipe de nuit disposent également d'une fiche de tâches heurées.            Les activités s'organisent autour des points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer des conditions du coucher : nursing, change, vérification des barrières et répondre aux besoins des résidents,</li> <li>- Assurer l'administration des traitements de nuit,</li> <li>- Proposer une collation,</li> <li>- Assurer des rondes de surveillances : 20h ; 23h ; 01h ; 4h et 7h,</li> <li>- Prendre en charge les soins d'hygiène pour les résidents qui ont un rendez-vous avant 9h,</li> <li>- Préparer le chariot du petit-déjeuner.</li> </ul> <p>Deux profils horaires sont identifiés, selon la répartition suivante : UP et Bât. B, le même profil pour le Bât. B 1<sup>er</sup> étage + aile nord et Bât. B 3<sup>ème</sup> étage, et le Bât. A.</p> <p>Au jour de l'inspection, l'équipe de nuit est composée de six professionnels : 1 AMP, 2 AVS (dont 1 en VAE AS), 1 dont la formation n'est pas précisée et 2 postes vacants, soit trois professionnels par nuit. L'aide à la prise des médicaments est assurée par des faisant-fonctions d'AS, ce qui est contraire à la procédure. La distribution des médicaments n'est pas précisée.</p>	<p><b>Remarque n°16 :</b> Il n'est pas préciser dans les fiches de tâches heurées du personnel de nuit qui assure la distribution des médicaments.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bâtiment B avec IDE 1 : Bât. B 1<sup>er</sup> étage + aile nord ; Bât. B 2<sup>ème</sup> étage + aile nord ; Bât. B 3<sup>ème</sup> étage (soit 3 profils horaires) ;</li> <li>- Bâtiment A avec IDE 2 : Unité Protégée ; Bât. A 1<sup>er</sup> étage ; Bât. A 2<sup>ème</sup> étage ; Bât. A 3<sup>ème</sup> étage ; PASA.</li> </ul> <p>La distribution des médicaments n'est assurée que par les infirmiers, ce qui en fragilise la procédure en l'absence d'un infirmier. Dans l'intérêt de la sécurité des soins, une réflexion est à mener sur la mise en place d'un protocole de délégation aux aides-soignants.</p> <p>L'établissement n'a pas fourni les fiches de tâches heurées des auxiliaires de service hôtelier (ASH). Il n'a donc pas été possible à la mission de comprendre l'articulation entre les missions confiées aux aides-soignants (ou AES) et les ASH en ce qui concerne les repas et l'accompagnement des résidents aux lieux de vie.</p>	
2.1.4.4	<p><b><u>Le glissement de tâches :</u></b></p> <p>Il n'a pas été constaté de glissement de tâches. La fiche de tâches heurées des AS est commune avec les AES. Celle-ci ne contient aucun acte technique de soins réservé aux AS. Selon les documents transmis par l'établissement, les actes techniques de soins sont réalisés par les infirmiers.</p> <p>Il appartient à l'établissement de veiller à maintenir la réalisation des soins aux infirmiers et aux aides-soignants uniquement dans le champ de leurs compétences.</p>	
2.1.4.7	<p><b><u>La procédure relative aux absences :</u></b></p> <p>L'établissement a fourni une procédure pour la gestion des absences selon qu'il s'agit d'un aide-soignant, d'un infirmier ou d'un auxiliaire de service hôtelier.</p> <p>Pour une absence d'aide-soignant : l'IDE réorganise le service et informe l'agent d'accueil. Celui-ci s'assure de la possibilité d'un remplacement et fait valider par l'équipe d'encadrement le niveau de la charge en soins et le remplacement. Si aucun remplacement n'est possible, y compris vacataire, l'agent présent au PASA vient en renfort après la fermeture du service et un ASH vacataire pour intervenir dans le service pour la réfection des lits et l'accompagnement des résidents dans les lieux de vie.</p> <p>Pour une absence d'un infirmier : le service est réorganisé, sans savoir sous la responsabilité de quel professionnel, l'agent d'accueil est informé et cherche un remplaçant (contractuel ou intérim). La procédure indique que s'il s'agit de l'absence d'un infirmier présent 7 heures, celui-ci n'est pas remplacé. Si la durée de l'absence est connue, il est fait appel à un contractuel et en dernier ressort à l'intérim.</p>	<p><b>Ecart n°17 :</b> La fiche de procédure relative à la gestion des absences ne permet pas de saisir la mise en œuvre d'un remplacement, la réorganisation des tâches proposée, le rôle des remplaçants qui ne disposent pas des compétences requises ni l'organisation minimale de fonctionnement, ce qui est de nature à remettre en cause la sécurité des soins. (Article L.311-3 1<sup>o</sup> du CASF)</p>

Cette organisation est globalement respectée. Le PASA reçoit ponctuellement un renfort d'un membre de l'équipe du Bât. B & 1<sup>er</sup> étage nord A.

#### Les fiches de tâches heurées :

L'établissement a transmis les fiches de tâches heurées pour les infirmiers et les aides-soignants.

La fiche de tâches heurées des IDE est détaillée et reprend les temps de l'activité de l'IDE tout au long de la journée. Elle fait apparaître, notamment, les points suivants :

- Les transmissions avec l'équipe de nuit, entre l'IDE 1 et l'IDE 2, et avec l'équipe soignante,
- La distribution des médicaments,
- La préparation des traitements pour la nuit,
- La réalisation des soins,
- La prise de constantes,
- La réalisation de soins techniques (perfusion, dextro, insuline...),
- La gestion des rendez-vous médicaux et des ordonnances.

L'IDE 1 et l'IDE 2 ont les mêmes fonctions, mais elles travaillent en décalage puisque leur prise de service se fait à une demi-heure d'intervalle. Le déroulé de leurs fonctions est décrit dans la fiche pour les deux IDE. L'IDE 1 exerce au sein du bâtiment B, tandis que l'IDE 2 exerce au sein du bâtiment A et à l'Unité Protégée.

2.1.4.2 La fiche de tâches heurées pour les aides-soignants est détaillée et reprend les temps de l'activité des AS tout au long de la journée. Elle fait apparaître, notamment, les points suivants :

- Les transmissions orales sont assurées par l'IDE, écrites dans [redacted]
- L'organisation du petit-déjeuner, du déjeuner, du goûter, du dîner, la distribution et l'aide au repas,
- La réalisation des soins d'hygiène et le traitement du linge sale,
- Le nettoyage et le rangement du chariot de soins,
- L'installation pour la sieste, la surveillance et assurer l'hydratation,
- La participation aux animations,
- La préparation des résidents pour la nuit,
- La journée est structurée par trois temps de transmissions : à la prise de poste, en début d'après-midi et en fin de journée.

La fiche de tâches heurées est commune aux aides-soignants, aux accompagnants éducatifs et sociaux (aide médico-psychologique et auxiliaire de vie sociale). Elle décrit également l'organisation des différents profils horaires selon les bâtiments de la façon suivante :

**Remarque n°15 :**  
L'établissement n'a pas rédigé de fiche de tâches heurées pour les AES (ex. AMP) et les ASH.

<p>l'exception de l'unité protégée qui est concernée par deux types de plannings. Ces plannings sont construits avec l'un d'entre eux au moins en décalé afin de permettre une plus grande amplitude horaire sur la journée.</p> <p>Pour les auxiliaires de vie, deux types de planning sont mis en place, mais l'indication ne concerne que le 2<sup>ème</sup> étage du bâtiment A.</p> <p>Les temps de pause apparaissent clairement dans l'organisation horaire des plannings.</p> <p>Le planning type de l'équipe de nuit comprend trois organisations horaires dont l'amplitude se réduit à deux : de 19h45 à 7h45 pour l'un et de 20h00 à 8h00 pour les deux autres. Cette organisation ne permet qu'à une infirmière d'assurer de façon systématique les transmissions orales le matin entre l'équipe de nuit et l'équipe de jour, de même le soir l'IDE 1 assure les transmissions auprès de l'IDE 2 qui les relaye à l'équipe de nuit , ce qui fragilise l'organisation des soins en l'absence de celle-ci.</p> <p>Les plannings types contiennent quelques erreurs sur les horaires indiqués, notamment sur les temps de pause et de reprise de l'activité.</p> <p>Les plannings pour les mois de juin, juillet et août 2023 ont été également transmis à la mission d'inspection. L'équipe soignante est organisée en équipe et contre-équipe et travaille par alternance de deux à trois jours consécutifs. Les données contenues dans les plannings ne sont pas complètement exploitables, en raison de la non communication par l'établissement de l'ensemble de la légende et des sigles utilisés. Il apparaît, notamment pour certains professionnels, que la journée contient deux indications sans qu'il soit possible de déterminer dans quelle position exacte se trouve le professionnel pour les jours concernés. La Mission d'inspection a pu repérer à minima l'organisation suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bât. A 1<sup>er</sup> étage : 3 professionnels,</li> <li>- Bât. A 2<sup>ème</sup> étage : 2 professionnels,</li> <li>- Bât. A 3<sup>ème</sup> étage : 1 professionnel,</li> <li>- Bât. B PASA : 1 professionnel,</li> <li>- Bât. B UP : 2 professionnels,</li> <li>- Bât. B &amp; 1<sup>er</sup> étage nord A : 3 professionnels,</li> <li>- Bât. B &amp; 2<sup>ème</sup> étage nord A : 4 professionnels,</li> <li>- Bât. B 3<sup>ème</sup> étage : 2 professionnels,</li> <li>- Nuit : 3 professionnels.</li> </ul>	<p><b>Remarque n° 14 :</b> Les plannings types contiennent quelques erreurs dans le découpage horaire.</p>
--	--

Selon les éléments de légende du planning fournis, les plannings types des personnels de l'équipe soignante sont organisés de la façon suivante (les temps de pause sont indiqués en rouge, les cases barrées indiquent un quart d'heure) :

Plannings types	Bât. A		Bât. B ét.		Bât. B ét.		Unité Protégé		Bât. A		IDE		IA	IB	IC
	Bât. A Nord & ét. 2	Bât. B ét. 2	Nord &	Nord &	Bât. B ét.	Unité Protégé	Bât. A	IDE	Bât. A	IDE	IA	IB	IC		
AV1A											7h30				
AVV2											8h				
											8h30				
											9h				
											9h30				
											10h				
											10h30				
											11h				
											11h30				
											12h				
											12h30				
											13h				
											13h30				
											14h				
											14h30				
											15h				
											15h30				
											16h				
											16h30				
											17h				
											17h30				
											18h				
											18h30				
											19h				
											19h30				
											20h				
											20h30				

Pour les infirmiers, l'indication A correspond à une affectation au bâtiment A, celle de la lettre B au bâtiment B. Il n'a pas été possible de trouver des précisions de l'affectation de l'infirmier lié à l'indication C qui ne correspond pas à un bâtiment.

Pour les aides-soignants et accompagnants éducatifs et sociaux, trois plannings types ont été mis en place par étage dans les bâtiments A et B, ou en partage entre le bâtiment B et une partie du bâtiment A, à

**Remarque n° 13 :**  
L'organisation des plannings horaires manque de précisions et de cohérence.

2.1.2.5	<p><b><u>Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels :</u></b></p> <p>L'établissement s'est doté d'un protocole d'accueil des nouveaux professionnels. Il s'agit d'un document de deux pages, créé en juin 2023 par l'infirmière coordonnatrice et validé par le directeur.</p> <p>La première page aborde les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Object,</li> <li>- Responsabilités,</li> <li>- Processus de recrutement,</li> <li>- 1<sup>er</sup> jour de service,</li> <li>- A J+7,</li> <li>- A J+30.</li> </ul> <p>Il ne s'agit pas à proprement parler d'un protocole d'accueil puisque le document s'axe autour de la description du processus de recrutement. Il fixe les conditions d'arrivée du nouveau professionnel dans l'équipe et précise que des bilans, à 7 jours et à 30 jours, sont réalisés.</p> <p>La deuxième page est une annexe adressée au nouveau professionnel qui précise les documents attendus pour la constitution de son dossier administratif.</p> <p>Le document ne reprend pas les valeurs portées par l'établissement et des éléments tels que : la relation au résident, la relation aux familles, la relation aux collègues, l'attitude professionnelle, l'organisation du travail dans l'établissement (planning, jours de congés, absences, tenue de travail et sécurité) et les sanctions professionnelles. L'accompagnement par un pair sur les premiers temps n'est pas envisagé. Le document ne précise pas que sont remis au nouveau professionnel : son planning, sa fiche de poste, sa fiche de tâches heures, le règlement intérieur et l'organigramme de l'établissement.</p> <p>L'établissement n'a pas mis en place de groupe de parole ou de groupe d'analyse de pratiques.</p>	<p><b>Remarque n° 10 :</b> Le protocole d'accueil est un descriptif du processus de recrutement et ne vise pas à l'accueil du nouveau salarié au sein de l'équipe et de l'établissement.</p> <p><b>Remarque n° 11 :</b> L'établissement ne propose pas aux salariés un groupe de parole ou un groupe d'analyse de pratiques.</p>
2.1.4.5	<p><b><u>Les plannings :</u></b></p> <p>L'établissement est organisé autour de deux bâtiments, le bâtiment principal (dit A) et un bâtiment plus récent (dit B). Le bâtiment A contient 76 places réparties sur 3 étages. Le bâtiment B contient 48 places réparties sur 4 étages, dont une unité protégée au rez-de-chaussée. Le PASA est installé au rez-de-jardin du bâtiment B.</p>	<p><b>Remarque n° 12 :</b> L'organisation horaire entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit ne permet qu'à une infirmière de participer aux transmissions orales ce qui</p>

- Public : toutes à destination de l'équipe soignante, sauf deux formations pour tout le personnel et pour la psychologue ;
- 5 formations se déroulent dans le courant de l'année et 2 formations se déroulent sur plusieurs années (les deux formations diplômantes) ;
- Sur les thèmes suivants :
  - Utilisation des bips appel malades,
  - Assises nationales des soins en EHPAD,
  - Prendre soin en équipe (en deux fois : tout le personnel et équipe soignante),
  - Formation incendie,
  - Infirmière en pratique avancée,
  - Auxiliaire de puériculture.

Sur l'année 2023, l'établissement propose 8 formations qui ont les caractéristiques suivantes :

- 3 formations internes dont la durée n'est pas connue :
  - Public : toutes à destination de l'équipe soignante ;
  - Deux formations sont réalisées par la responsable du pôle nursing et une par la responsable de services ;
  - Sur les thèmes suivants :
    - Communication et relations avec les familles,
    - Les 14 besoins fondamentaux et les transmissions,
    - Rites et pratiques ;
- 5 formations externes dont la durée n'est pas connue :
  - Public : deux formations concernent tout le personnel, deux formations sont à destination de l'équipe de soins et une formation pour l'équipe de direction ;
  - Les 8 formations proposées n'indique pas de formation réalisée avant le quatrième trimestre ;
  - Sur les thèmes suivants :
    - Bonnes pratiques sur le circuit du linge,
    - Formation incendie,
    - Troubles du comportement (la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés),
    - Le déploiement RH et la comptabilité,
    - AFGSU 1 & 2.

Le plan de développement des compétences s'appuie largement sur les ressources internes à l'établissement, tout en proposant des formations externes, y compris des formations diplômantes pour les années antérieures à 2023. Les thèmes abordés sont variés et concernent tout le personnel, même si l'équipe soignante est plus souvent concernée par les formations proposées. Ce plan ne propose pas de formation à la bientraitance, au repérage de la maltraitance, de sensibilisation à la dénutrition, aux troubles du comportement et aux troubles sensoriels. Ce défaut de formation est également évoqué lors de séances du Conseil de la Vie Sociale.

	<p>Les taux d'absentéisme et de rotation des personnels pour les années 2021 et 2022 confirment que l'équipe de l'établissement n'est pas stabilisée.</p>	
2.1.1.6	<p><b><u>Le recours à l'intérim :</u></b>  Le recours à l'intérim est évoqué dans la procédure de remplacement en cas d'absence inopinée d'un soignant. Ce recours ne concerne plus particulièrement que les infirmiers. Il n'est pas fait mention d'un tel recours pour pallier les absences d'aide-soignant ou d'auxiliaire de service hôtelier.</p> <p>L'établissement n'a pas fourni de données relatives au recours à l'intérim, il n'a pas été possible à la Mission de contrôle d'évaluer l'importance de ce recours.</p>	
2.1.2.1	<p><b><u>Le plan de développement des compétences :</u></b>  L'établissement dispose d'un plan de développement des compétences sous forme de listes de formations réalisées et de formations prévisionnelles.</p> <p>Sur l'année 2022, année complète, l'établissement a proposé 18 formations qui ont les caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 11 formations internes dont la durée n'est pas connue : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Public : toutes à destination de l'équipe soignante, sauf deux formations pour tout le personnel ;</li> <li>- 6 formations sont réalisées par l'IDEC ou une IDE, 3 par la responsable du pôle nursing, 1 par la psychomotricienne et 1 par l'ergothérapeute ;</li> </ul> </li> <li>- Sur les thèmes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation des moteurs de rail de transfert,</li> <li>- Utilisation de [redacted]</li> <li>- Rappel des gestes barrière Covid,</li> <li>- Urgence médical de nuit (en lien avec un partenaire extérieur),</li> <li>- Prise de constantes et éditer un DLU,</li> <li>- Accompagnement en fin de vie et décès,</li> <li>- Plan canicule,</li> <li>- Prévention des maladies bucco-dentaires,</li> <li>- Prise en charge, accueil et service des résidents,</li> <li>- Matelas à air et barrières de lit médicalisé,</li> <li>- Prévention risque légionnelle et toilette au lit ;</li> </ul> </li> <li>- 7 formations externes dont la durée n'est pas connue :</li> </ul>	<p><b>Remarque n° 9 :</b> Le plan de développement des compétences de l'établissement ne propose pas l'ensemble des formations qui assurent une qualité de la prise en charge des résidents : bientraitance, repérage de la maltraitance, sensibilisation à la dénutrition, troubles du comportement et troubles sensoriels.</p>

Cette liste mentionne 11 postes vacants à cette date répartis comme suit :

- 6 postes d'AS/AES de jour,
  - 2 postes d'AS/AES de nuit,
  - 1 poste d'auxiliaire de vie de nursing,
  - 2 postes d'auxiliaires de vie.

A partir des documents transmis, il est possible de dresser le constat suivant sur le recours aux contractuels en 2022 (en nombre de contrats) :

Imagere.

Soit un total de [REDACTED] contrats pour l'année 2022. La durée de ces contrats s'étend d'une journée à 184 jours. La durée moyenne de ces contrats est de 11 jours et la durée médiane est de 2 jours, il s'agit donc d'une majorité de contrats courts. Ces contrats concernent [REDACTED] salariés, soit environ [REDACTED] par salarié et dont le nombre varie de [REDACTED] pour un salarié.

## L'absentéisme :

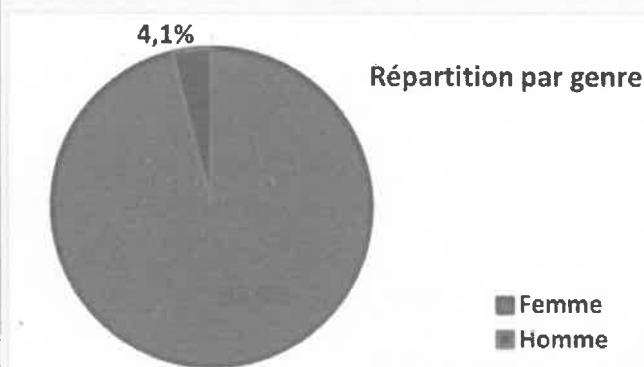
Pour la campagne 2022 (sur les données 2021):

### 2.1.1.3

(Cf. écart n°15.)

plus. L'établissement a même connu un renouvellement important du personnel puisque les entrées ces trois dernières années représentent 39,6 % des salariés présents. A la date du contrôle il n'est pas possible d'affirmer que l'équipe est stabilisée et cela représente un enjeu pour la qualité de la prise en charge des résidents. Il s'agit même de l'un des objectifs du CPOM signé en 2019 : objectif n°2 : Fidéliser les personnels et stabiliser les équipes soignantes. L'évolution des effectifs après la signature du CPOM ne permet pas de conclure à une stabilisation de l'équipe.

La répartition par genre des salariés en CDI de l'établissement est caractéristique de celle des EHPAD et du secteur médico-social puisque la part des Femmes y est de 95,9 %. La répartition est représentée dans le graphique ci-dessous :



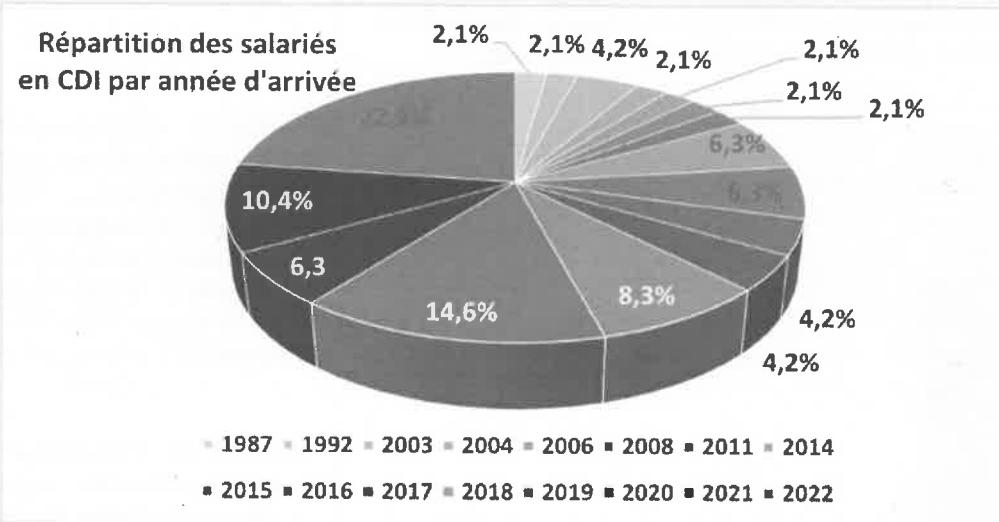
Il est à noter que l'établissement a également recours à des contrats de formation :

- En 2023, sont présents dans l'établissement :
  - 1 [redacted]
  - 1 [redacted]
  - 3 [redacted]
- En 2022, étaient présents dans l'établissement :
  - 2 [redacted]
  - 1 c [redacted] ce
  - 6 c [redacted] (100% de formation, 100% d'apprentissage).

La liste du personnel établie au [redacted] fait également apparaître la présence de [redacted] professionnalisation ou d'apprentissage pour des [redacted].

Lingère		
ASH		
Tech. Maintenance		
Accueil		
<b>TOTAUX</b>		

La répartition par année d'arrivée des salariés en CDI présents en 2023 est représentée dans le graphique ci-dessous :



La durée de présence des salariés dans l'établissement peut se regrouper de la façon suivante :

- Plus de 20 ans : 4,2 %
- Entre 20 et 10 ans : 12,5 %
- Entre 10 et 5 ans : 20,8 %
- De 5 à 4 ans : 22,9 %
- De 3 à 2 ans : 16,7 %
- 1 an : 22,9 %

Il s'agit d'une équipe relativement récente puisque les salariés présents depuis plus de 5 ans représentent 37,5 %, alors que les salariés de moins de 5 ans représentent 62,5 %, dont 22,9 % pour une durée d'un an au

## Fonctions support

### Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R																																																																		
2.1.1.1	<p><b>Les effectifs :</b>            Au jour du contrôle, l'établissement compte 50 salariés (dont 1 en CDD). Ils étaient 55 en 2022, sept d'entre eux ont quitté l'établissement cette année-là. Il n'a pas été possible, à partir des documents fournis, de reconstituer la répartition des effectifs par équivalent temps plein, la liste des professionnels présents n'est pas identique entre le registre du personnel et le compte administratif. Le CPOM ne mentionne pas d'effectif cible pour l'établissement. La répartition du nombre de salariés par fonction entre 2022 et 2023 est synthétisée dans le tableau ci-dessous :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Fonctions</th> <th rowspan="2">Nombre 2023 (au 17/07/2023)</th> <th colspan="2">Evolution des effectifs</th> </tr> <tr> <th>Présents en 2022</th> <th>Mouvements en 2023 (au 17/07/2023)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Directeur</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Adjoint Direction</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestionnaire comptable</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Médecin</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Coordonnateur</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Psychologue</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Psychomotricien</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ergothérapeute</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Infirmier</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aide-Soignant</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AES / AMP</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Resp Soins/Nursing</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Animateur</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aux Vie</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gouvernante</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Fonctions	Nombre 2023 (au 17/07/2023)	Evolution des effectifs		Présents en 2022	Mouvements en 2023 (au 17/07/2023)	Directeur				Adjoint Direction				Gestionnaire comptable				Médecin				Coordonnateur				Psychologue				Psychomotricien				Ergothérapeute				Infirmier				Aide-Soignant				AES / AMP				Resp Soins/Nursing				Animateur				Aux Vie				Gouvernante				<p><b>Ecart n°15 :</b> Contrairement aux engagements pris en 2019 lors de la signature du CPOM, la fidélisation des personnels et la stabilisation de l'équipe n'est pas effective, ce qui fragilise la prise en charge des résidents et contrevient à l'article L.311-3 1° du CASF.</p> <p><b>Ecart n°16 :</b> L'établissement recourt massivement aux CDD de courte durée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 3° du CASF.</p>
Fonctions	Nombre 2023 (au 17/07/2023)			Evolution des effectifs																																																																
		Présents en 2022	Mouvements en 2023 (au 17/07/2023)																																																																	
Directeur																																																																				
Adjoint Direction																																																																				
Gestionnaire comptable																																																																				
Médecin																																																																				
Coordonnateur																																																																				
Psychologue																																																																				
Psychomotricien																																																																				
Ergothérapeute																																																																				
Infirmier																																																																				
Aide-Soignant																																																																				
AES / AMP																																																																				
Resp Soins/Nursing																																																																				
Animateur																																																																				
Aux Vie																																																																				
Gouvernante																																																																				

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Comme précisé ci-dessus, l'établissement ne dispose pas de procédure d'analyse et de suivi des EI/EIG permettant d'établir des retour d'expériences sur les EI et EIG de l'établissement.	<b>Remarque n°8 :</b> L'établissement n'a pas mis en place l'analyse des EI/EIG et la formalisation des retours d'expérience.
1.5.1.6	<p><b>Signalements et transmission des RETEX</b></p> <p>L'établissement n'a pas transmis de RETEX. Comme précisé supra, l'établissement n'a pas de procédure dédiée pour analyser les EI, EIG ainsi que les dysfonctionnements et n'élabore pas de retours d'expériences pour assurer la maîtrise des mesures préventives à correctrices à mettre en place si l'évènement devais se reproduire.</p>	Cf. supra

## Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.5.1.1	<p><b><u>Enregistrement, traitement et suivi des plaintes/enquêtes de satisfaction</u></b></p> <p>L'établissement a transmis les scans de son cahier de suggestions et de réclamations mis en place dans l'établissement en février 2015. Une mention « vu » ou un commentaire de la précédente directrice exposant la solution mise en place sont systématiquement apposé. Ont également été fournies deux copies de mails de réponse à des réclamations plus récentes, gérées par le nouveau directeur et l'IDEC.</p> <p>Toutes les plaintes inscrites dans le cahier transmis font donc l'objet d'une réponse.</p>	
1.5.1.3	<p><b><u>Déclaration des EI/EIG</u></b></p> <p>L'établissement a transmis que les EI et EIG sont déclarés par deux canaux : le système d'information [REDACTED] et la fiche de déclaration HAS. L'établissement ne dispose pas de procédure dédiée pour la déclaration et la gestion des EI et des EIG, celle-ci devrait-être produite « à l'été 2023 ».</p> <p>L'établissement a fourni une liste d'évènements indésirables pour l'année N, quatre EI et une plainte liée à un problème de pharmacovigilance, et une fiche de déclaration pour l'année N-1 sur la présence de légionnelles dans l'EHPAD.</p>	<p><b>Ecart n°13 :</b> L'établissement ne dispose pas d'une procédure de déclaration des EI/EIG ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.</p> <p><b>Ecart n° 14 :</b> L'établissement n'a pas déclaré les évènements indésirables graves transmis concernant le problème de pharmacovigilance ainsi que la présence de légionnelles dans l'établissement ce qui contrevient à l'article L331-8-1 et -9 du CASF.</p>
1.5.1.5	<p><b><u>Analyses et suivi des EI/EIG</u></b></p> <p>L'établissement a transmis deux documents relatifs à des évènements indésirables où ont été engagées des actions correctrices par l'établissement : le premier portant sur une erreur dans les traitements fournis par la pharmacie fournissant l'établissement et le second concernant la présence de légionnelles dans l'établissement. Dans ces deux cas, l'établissement a engagé des actions préventives et correctrices.</p>	<p><b>Remarque n° 7 :</b> L'établissement n'a pas mis en place un suivi et un bilan des EI/EIG dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité.</p>