



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
(EHPAD) « Résidence Club le Montsouris »**

18 bis-20 rue Alésia, 75014 PARIS

N° FINESS : 750007809

RAPPORT D'INSPECTION

N° 2023_IDF_00522

Contrôle sur place du 19 juin 2023

Mission conduite par :

Pour sa composante ARS :

- Madame Marjolaine GARONNAIRE, coordonnatrice de la mission d'inspection, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé Île-de-France

Pour sa composante Ville de Paris :

- Monsieur Frédéric MUSSO, responsable de la mission inspection des ESMS, Sous-direction de l'Autonomie, Direction des Solidarités, désigné sur le fondement de l'article L. 333-2 du CASF par la Ville de Paris,
- Madame Dominique GRUJARD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris.

Accompagnée par :

- Madame Diana DINU, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé Île-de-France



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Textes de référence	<ul style="list-style-type: none">- Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles- Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique- Article L.1435-7 du Code de la santé publique- Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles
---------------------	---

AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection est un document administratif communicable 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 ;
- Le rapport n'est communicable aux tiers qu'une fois reçu par l'inspecté ;
- 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 de l'inspection 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.

SOMMAIRE

Synthèse.....	5
Introduction.....	7
I. Contexte de la mission d'inspection	7
II. Modalités de mise en œuvre	7
III. Présentation de l'établissement.....	8
Constats	11
IV. Gouvernance	11
A. Conformité aux conditions de l'autorisation	11
B. Management et Stratégie.....	13
C. Animation et fonctionnement des instances de participation.....	18
D. Gestion de la qualité	19
E. Gestion des risques et des évènements indésirables	22
V. Fonctions support	24
A. Gestion des ressources humaines.....	24
B. Gestion de l'information	38
C. Bâtiments et équipements	39
D. Sécurités	41
VI. Prise en charge	43
A. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	43
B. Respect des droits des personnes.....	48
C. Vie sociale et relationnelle	48
D. Hébergement	51
E. Soins	52
VII. Relations avec l'extérieur.....	56
A. Coordination avec les autres secteurs et partenariats.....	56
Récapitulatif des écarts et des remarques.....	59
Conclusion	64
Glossaire	66
Annexes.....	68
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés de l'inspection.....	69
Annexe 2 : Liste des documents demandés	71
Annexe 3 : Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection.....	77

Synthèse

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée de façon inopinée, conjointement par la Ville de Paris et l'ARS Île de France.

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièce et sur place (lors de la visite ou des entretiens).

La mission d'inspection a mené des entretiens avec la direction, des professionnels de l'établissement et des résidents.

L'entretien avec la directrice a dû être interrompu du fait d'une contrainte personnelle [REDACTED]. La direction a ainsi été représentée à titre principal par l'adjoint de direction. La mission a tenu compte dans son travail d'analyse de ce contretemps.

Du fait de ce contexte particulier, la mission a fortement mobilisé l'adjoint de direction durant toute la journée. Afin de tenir compte de cette situation difficile, il a été accordé exceptionnellement un délai de 3 jours à celui-ci pour pouvoir rassembler et transmettre les pièces demandées sur clé USB dans le cadre de la mission (cf annexe 2).

Aucun document n'a été communiqué à la mission passé ce délai.

La directrice régionale de DOMIDEP, prévenue le jour même par la structure de la conduite de cette mission inopinée, est arrivée aux alentours de 11h.

Enfin, en l'absence du médecin de l'ARS désignée initialement personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du CSP, la partie de l'investigation dédiée à la prise en charge médicale et médicamenteuse a été réalisée par les membres de la mission relevant d'un corps administratif limitant ainsi le périmètre traité dans ce rapport. La mission recommande que ce volet « soin » fasse l'objet d'une attention particulière dans le cadre des suites administratives de l'inspection.

L'équipe d'inspection a constaté qu'il existait, à la date de la mission, des écarts par rapport à la réglementation et a fait des remarques relatives à l'application des bonnes pratiques. Ces constats sont résumés dans les points suivants :

- **Gouvernance**

- La gouvernance de l'établissement pâtit de l'instabilité des postes d'encadrement et de direction (directeur, adjoint, Medco, IDEC ; mais également, psychologue, psychomotricien, animateur).
- Plusieurs documents fondamentaux ne sont pas à jour ou ne sont plus pris en compte dans le pilotage de l'établissement (CPOM, Projet d'établissement, ...).
- La continuité des missions de la direction n'est pas assurée.
- L'organisation du CVS ne tient pas compte des récentes évolutions juridiques.

- **Gestion de la qualité**

- Les agents ne sont pas suffisamment formés à la bientraitance.
- L'établissement ne met pas en place des groupes d'analyse des pratiques.

- **Gestion des événements indésirables graves**
 - En l'absence de procédures claires distinguant les réclamations des EI et du fait d'une mauvaise interprétation des normes en vigueur, l'établissement ne signale pas toujours les événements indésirables et les dysfonctionnements graves aux autorités de tutelle.
- **Gestion des ressources humaines**
 - L'établissement ne dispose pas d'équipes stabilisées et ne remplace pas systématiquement les absences.
 - Les dossiers des personnels ne sont pas complets.
 - Il n'est pas systématiquement vérifié que les professionnels remplissent les conditions d'exercice de leur profession.
 - La répartition des missions relatives au soin entre les aides-soignants et les autres professionnels, ne respecte pas les normes en vigueur.
 - L'établissement ne dispose pas de fiches de poste distinctes des fiches de tâches heurees.
- **Bâtiment, hébergement et sécurités**
 - Le bâtiment présente des défaillances en matière de sécurité des personnes.
 - Le dispositif anti-fugue n'est pas suffisamment sécurisant.
 - Il n'est pas prévu un suivi formalisé des travaux et réparations à conduire.
- **Prise en charge**
 - Les PAP ne font pas l'objet d'une appropriation par les différents professionnels et ne permettent pas une réelle individualisation de la prise en charge.
 - La communication au sein de l'établissement est insuffisante du fait de l'absence de réunion d'équipe en dehors des temps de transmission.
 - Le temps moyen de réponse aux appels malades est excessif en juin.
 - Les dossiers des résidents ne sont pas complets
- **Soins**
 - Il n'est pas donné systématiquement d'avis médical lors des admissions
 - Les protocoles de soins existants ne prévoient pas un suivi suffisant des résidents. La vérification de leur mise en œuvre n'a pas pu être assurée car la prise en charge a longtemps reposé sur un fonctionnement en mode dégradé en l'absence de MEDCO et d'IDEC, arrivés très récemment.
 - La mission constate des défaillances dans la traçabilité des soins et dans le suivi global de l'état de santé des résidents
 - L'EHPAD n'a pas inscrit son action dans une logique de coordination gériatrique locale et n'entretient pas de liens avec des équipes mobiles spécialisées.

Introduction

I. Contexte de la mission d'inspection

La présente inspection, diligentée 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 plan rejoint la volonté de la Maire de Paris de procéder au contrôle de l'ensemble des EHPAD parisiens.

II. Modalités de mise en œuvre

Cette mission d'inspection a été réalisée sur place le 19 juin 2023 sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée).

Elle a été réalisée conjointement par la Ville de Paris et l'ARS Ile-de-France.

Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et suivant les priorités régionales de l'ARS et de la Ville de Paris et a porté sur les thématiques suivantes :

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines
7. Gestion de l'information
8. Bâtiments, espace extérieurs et équipement
9. Sécurités

PRISE EN CHARGE

10. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
11. Respect des droits des personnes
12. Vie sociale et relationnelle
13. Hébergement
14. Soins

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

15. Coordination avec les autres secteurs et partenariats.

La composition de la mission figure en première page du rapport ainsi que dans la lettre de mission en **annexe 1**.

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

III. Présentation de l'établissement

La résidence Club le Montsouris était à l'origine une clinique avant de se transformer en maternité. L'EHPAD a gardé son ancien nom de « résidence » mais depuis 1982 il a pris le statut d'établissement privé à but lucratif, habilité à accueillir jusqu'à 31 résidents.

Le groupe DOMIDEP a acquis les titres de la SAS Résidence Club le Montsouris le 27 mai 2016, devenant ainsi le représentant légal de la SAS.

La structure se situe à 18 bis-20 rue Alésia au sein du 14^e arrondissement de Paris. Cette implantation géographique lui permet de bénéficier de la proximité du parc Montsouris et du dynamisme du quartier d'Alésia.

La mission a pu constater lors de sa visite la diversité des services et commerces de proximité qui entourent l'établissement.

*Plan de localisation de l'établissement
(source google maps) :*



Les locaux de l'établissement sont issus de la fusion de deux immeubles d'habitation ce qui est encore visible aujourd'hui (notamment du fait de la différence de niveau sur un même étage).

Les 31 chambres de l'établissement sont réparties sur six niveaux et communiquent par deux ascenseurs. L'ensemble de l'établissement est exigu du fait de cette contrainte bâimentaire.

Les espaces communs sont le salon au rez-de-chaussée et la salle de restauration au 1^{er} étage.

Malgré la réalisation d'importants travaux, terminés en 2019, l'établissement apparaît globalement dans un état d'altération modéré (ce qui est documenté dans la partie dédiée dans ce rapport).

L'établissement est dépourvu d'espace extérieur et la sortie donne directement sur la rue.

*Photographie de la salle de restauration
(source : mission d'inspection)*

Photographie du salon

(source : mission d'inspection)



Lors de la mission, 29 résidents étaient accueillis dans l'établissement. Ils sont majoritairement originaires de Paris et en grande partie d'anciens résidents du 14^e arrondissement.

L'établissement se caractérise par une hétérogénéité des niveaux d'autonomie et de l'état de santé des personnes accueillies. Toutefois, la structure étant dépourvue d'unité spécialisée, elle accueille peu de personnes en situation de perte totale de l'autonomie motrice et mentale.

Les résidents accueillis en 2023 et leur niveau de dépendance étaient répartis comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6	Sans GIR
EHPAD 2023						
<i>En pourcentage</i>						
2023						
IDF ¹ (2021)						

A noter : Pour [redacted] résidents récemment arrivés au sein de l'établissement, le GIR n'a pas été évalué.

[redacted]

¹ Médiane d'Île-de-France issue du tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2022 sur les données de 2021)

Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Résidence Club le Montsouris	
Nom de l'organisme gestionnaire	Domidep	
Numéro FINESS	750007809	
Statut juridique	EHPAD privé à but lucratif SASU	
Option tarifaire	Tarif partiel	
PUI	Non	
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF	Autorisée	Installée ²
HP	31	29
HT	0	
PASA	0	
UHR	0	
Habilité à l'aide sociale	Non	

Année 2019		
PMP Validé		
GMP Validé		

² Au jour du contrôle sur place, le 19 juin 2023.

Constats

Le rapport est établi au vu des réponses apportées aux questions posées sur une base déclarative et aux documents probants transmis ainsi qu'aux éléments constatés lors de la visite des locaux le 19 juin 2023.

Consignes de lecture :

Écart : toute non-conformité à une référence juridique.

Remarque : tout dysfonctionnement ou manquement ne pouvant pas être caractérisé par rapport à une référence juridique.

Remarque majeure : constats porteurs des facteurs de risque les plus graves.

IV. Gouvernance

A. Conformité aux conditions de l'autorisation

[N° IGAS : 1.1.1.2] [N° IGAS : 1.1.3.1]

L'établissement a fait l'objet d'un rachat en 2016 par le gestionnaire actuel Domidep. Durant cette période, l'établissement a connu des restrictions dans l'accueil de résidents présentant un niveau de dépendance élevé. Ces restrictions ont par la suite été levées grâce à la réalisation de travaux (notamment en matière d'accessibilité). La fin des travaux a eu lieu en 2019.

Désormais l'établissement bénéficie d'une autorisation de 31 places non limitée selon le niveau de GIR. Aucune des places n'est habilitée à l'aide sociale.

Lors de la réalisation de l'inspection, la structure accueillait 29 résidents sur les 31 places autorisées. Il s'agit d'une évolution plutôt positive du taux d'occupation de la structure

Le jour du contrôle, l'établissement accueillait 48.26% de résidents classés dans les GIR 1 à 3 et 34.47% de résidents classés dans les GIR 1 à 2. Les proportions sont conformes aux dispositions du CASF (article D313-15).

REMARQUE 1 : L'évaluation du GIR de [REDACTED] résidents n'a pas été réalisée au jour de l'inspection, pour [REDACTED] de ces résidents, compte tenu de leurs dates d'entrée, l'établissement a dépassé le délai habituel nécessaire à la réalisation de l'évaluation, soit un mois.

L'analyse de la population accueillie, effectuée par la mission, permet de mettre en évidence l'adéquation entre celle-ci et les caractéristiques définies par l'autorisation.

L'établissement indique dans son règlement de fonctionnement la pratique de l'accueil « d'un résident de passage ». Le règlement indique que cet accueil peut survenir si la chambre d'un résident est laissée vide et s'il a donné son accord. Il n'est fait mention nulle part ailleurs dans le projet d'établissement ou dans le plan bleu de cette modalité de prise en charge assimilable à de l'accueil temporaire. Lors de l'entretien avec la direction, il a été indiqué qu'il s'agissait d'une pratique ancienne, principalement sollicitée par des personnes du quartier, pour une durée de 2 mois. La prise en charge médicale est conduite sans l'édition d'un PAP.

ECART 1 : La pratique de l'accueil temporaire ayant été menée en dehors du cadre de l'autorisation, l'établissement contrevient à l'article D312-9 du CASF. De plus, les modalités de fonctionnement et les conditions de tarification de l'accueil temporaire suivent des règles édictées dans aucun document administratif ce qui nuit au principe de bonne information du résident et de bonne gestion de l'établissement en l'absence de toute formalisation.

Le gestionnaire de l'établissement a signé le 28 février 2020 un CPOM. La situation d'important turnover de la direction et des cadres de la structure (traitée plus tard dans ce rapport), a rendu difficile l'appropriation de ce contrat. La direction admet ne pas avoir suivi l'évolution des indicateurs tout en ayant priorisé certaines difficultés que connaît l'établissement et qui figurent dans les objectifs³ du CPOM. C'est notamment le cas de l'objectif 2 traitant de la fidélisation des personnes et de la stabilisation des équipes soignante et de l'objectif 4 visant à l'amélioration du taux d'occupation. D'autres objectifs n'ont pas été priorisés par l'établissement, notamment celui de l'individualisation des prises en charge et de la qualité (objectif 5), comme il en sera fait mention par ailleurs, ou encore l'amélioration de la prise en charge des troubles psycho-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer et de l'hygiène buccodentaire des résidents (objectif 3).

REMARQUE 2 : le CPOM, levier de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des accompagnements, n'est pas suffisamment pris en compte dans le pilotage de l'établissement.

³ Objectifs définis en cohérence avec le projet régional de santé de l'Agence régionale de Santé, dont le CPOM constitue une déclinaison opérationnelle.

B. Management et Stratégie

1. La direction

[N° IGAS : 1.2.2.1] [N° IGAS : 1.2.2.6] [N° IGAS : 1.2.2.7]

[N° IGAS : 1.2.2.10] [N° IGAS : 1.2.2.8]

La directrice [REDACTED] détient les diplômes adéquats à ce poste et ceux-ci ont été communiqués aux autorités compétentes lors de sa prise de poste. La directrice dispose d'un document unique de délégation, transmis après édition aux autorités de tutelle et dont le contenu est conforme à l'article D312-176-5 du CASF.

Le poste de MEDCO est longtemps resté vacant [REDACTED]

[REDACTED] Le MEDCO [REDACTED] dispose d'un diplôme [REDACTED] communiqué à la mission et ne dispose pas de la spécialisation en gériatrie ni d'un DÜ de médecin coordonnateur contrairement à ce qui a été indiqué lors des entretiens. De plus, la mission n'a pas été destinataire de son contrat avec la structure et elle n'a pu vérifier son inscription à l'ordre des médecins.

ECART 2 : Concernant le médecin coordonnateur :

- Il n'a pas signé de contrat avec l'établissement conformément à l'article D312-159-1 du CASF
- Il n'est pas titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ni d'une attestation de formation continue comme prévu à l'article D312-157 du CASF.
- Son inscription à l'ordre des médecins n'a pas été vérifiée par la structure ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF et à l'article L4112-5 du CSP.

L'IDEC [REDACTED] est arrivée très récemment après une période longue de vacance du poste. Elle a été recrutée [REDACTED] l'intermédiaire [REDACTED] et d'une fiche de poste signés par les deux parties. Il est indiqué à la mission que l'IDEC entrera en formation cette année afin d'obtenir le diplôme universitaire en lien avec ses nouvelles fonctions. Cet engagement ne se traduit pourtant pas dans la programmation de formation communiquée à la mission.

2. La continuité des missions de direction

Lors de la visite sur site, la directrice n'était pas présente et les équipes l'ont prévenue de notre arrivée inopinée. La mission a ainsi procédé à la visite des lieux seule, avant l'arrivée de l'adjoint de direction à 10h. L'absence de la directrice n'a visiblement pas été indiquée aux équipes en place. Il n'existe par ailleurs aucune procédure d'astreinte formalisée qui encadrerait cette situation amenée à se reproduire. L'astreinte étant de fait assurée exclusivement par la directrice en temps normal, sans que la continuité de service fasse l'objet d'une procédure formalisée. De plus, il n'existe pas de délégation de signature

envers l'adjoint de direction. Du fait de cette situation, la directrice a été contrainte de venir sur site, alors même que sa situation justifiait son absence [redacted] (ce que l'inspection a appris dans un second temps).

Cette situation illustre à la fois le risque de rupture de continuité auquel est exposé l'établissement dans la conduite des missions de direction faute d'organisation lors de l'absence de la direction, et les risques auxquels est exposé le personnel en cas d'évènements exceptionnels.

Il n'existe pas non plus d'astreinte technique et d'astreinte de l'IDEC ou du Medco.

La mission a pris connaissance du document affiché dans le bâtiment « *gestion d'une urgence en cas d'absence de la direction* » qui ne peut être assimilé à une procédure d'astreinte mais qui indique un numéro de téléphone afin de joindre la direction ou la direction régionale en cas d'urgence et réoriente vers les professionnels de santé ou les services d'urgence, les urgences médicales.

REMARQUE MAJEURE 3 : En l'absence de procédure interne d'astreinte, la continuité des missions de direction n'est pas garantie ce qui présente un risque pour la sécurité des résidents ainsi que du personnel. Cette continuité n'est d'ailleurs pas assurée actuellement du fait de l'absence de la directrice en congé maladie, en l'absence de toute forme de délégation.

La gouvernance de l'EHPAD est marquée par une très forte instabilité du trinôme de direction et d'encadrement (directeur, IDEC et Médecin coordonnateur). [redacted]

Outre des raisons personnelles, la taille de l'établissement est une explication avancée pour justifier cette instabilité lors des entretiens. En effet, les missions confiées à la direction sont plus nombreuses que dans une structure disposant de plus de relais administratifs. La directrice est actuellement épaulée par un seul agent, alternant de direction présenté comme adjoint, dont le contrat de professionnalisation prend fin en octobre 2023. Cette situation majorerait le risque d'épuisement et de frustration selon les propos recueillis lors des entretiens. La mission, tenant compte de ces arguments, considère toutefois que cette situation est inhérente aux structures de cette taille, qui présentent par ailleurs d'autres avantages également évoqués lors des entretiens par la direction. Si cette instabilité est le résultat de la convergence de plusieurs facteurs, elle traduit également un défaut dans la procédure de recrutement de la direction que ce soit dans l'adéquation entre le poste et les profils que dans la bonne information des candidats.

Au-delà de l'étude des causes de ce turn-over, la mission constate que les conséquences de ces changements répétés sont à l'origine de plusieurs dysfonctionnements dans la conduite de l'établissement. Ainsi, la mise en place de méthodes de travail stables, l'établissement de partenariats extérieurs ainsi que la révision de documents cadres comme le projet d'établissement sont autant de responsabilités stratégiques n'ayant pu être pleinement menées du fait de cette instabilité. Associée au turn-over de l'encadrement des équipes soignantes, celle-ci porte atteinte à la bonne gestion de l'établissement et a des répercussions négatives sur la qualité de la prise en charge des résidents.

REMARQUE MAJEURE 4 :

Cette instabilité met en difficulté l'établissement tant dans sa gestion courante que dans sa capacité à s'inscrire dans une logique de projet. En plus de rendre

14/77

fragile les récentes améliorations dans l'organisation de l'EHPAD, elle obère toute perspective d'évolution sur le long terme et freine la mise en place ou le suivi de la plupart des dispositifs structurants et sécurisants de l'établissement tels que le projet d'établissement et le suivi du plan d'action relatif à l'amélioration de la qualité.

3. Les outils de pilotage

- **Le projet d'établissement [N° IGAS : 1.2.1.4] [N° IGAS : 1.2.1.5]**

Le projet d'établissement, est un document essentiel à la vie de l'établissement puisqu'il en définit le cadre, les valeurs, les actions et perspectives. Il a également pour principe de communiquer les orientations et les objectifs que se fixe l'établissement en matière de méthode de travail, d'organisation et de qualité des prises en charge. L'EHPAD Résidence club le Montsouris ne dispose pas d'un projet d'établissement à jour le dernier ayant pris fin en 2022 (dont les versions communiquées à l'ARS et à la mission diffèrent).

La direction indique avoir pour projet de lancer les travaux sur sa mise à jour à la rentrée. Toutefois, étant donné les futurs changements de direction à venir, la mission considère qu'il y a un risque que ce chantier prioritaire soit de nouveau repoussé.

Bien que la direction indique que le projet 2017-2022 reste de vigueur, la mission constate, concrètement, qu'il n'est pas connu des nouveaux professionnels et qu'il a cessé d'être une référence aux actions menées par l'EHPAD.

ECART 3 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement à jour, définissant ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement, l'établissement contrevient à l'article L311-8 du CASF.

- **Le règlement de fonctionnement [N° IGAS : 1.2.1.1] [N° IGAS : 1.2.1.2]**

Le règlement de fonctionnement est affiché au sein du hall d'entrée. La direction a indiqué avoir mis à jour ce document au début de l'année 2023, la mission constate toutefois que le document est daté du 10 février 2022. La direction a indiqué avoir remis une copie du document mis à jour à chaque résident.

Le document comprend une grande partie des dispositions obligatoires prévues par le CASF. Il ne traite toutefois pas de l'ensemble des parties obligatoires. Ainsi, il n'est pas indiqué l'organisation des soins, les modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, la délivrance des prestations offertes à l'extérieur (bien qu'affichées dans le bâtiment) ainsi que les temps de réunion, de transmission, de partage d'information, de l'accueil des nouveaux professionnels et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Il ne tient pas compte de certaines évolutions juridiques récentes comme la composition du CVS depuis la publication du décret du 25 avril 2022.

Le document évoque l'accueil de « résidents de passage » procédure assimilable à de l'accueil temporaire sans définir son fonctionnement dans le règlement de fonctionnement (cf ECART N°1).

ECART 4 : Le règlement de fonctionnement ne contient pas l'ensemble des dispositions obligatoires prévues aux articles R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF.

15/77

Par ailleurs, le document manque de clarté et de cohérence : lors de la sortie d'un résident il est à la fois « recommandé » de la signaler, recommandation qui devient une injonction à la suite du document « toute sortie doit être signalée ». De plus, l'annexe III est vide. Enfin, le document n'a pas de pagination.

REMARQUE 5 : Le règlement de fonctionnement n'apparaît pas entièrement finalisé et comprend des incohérences. De plus, il n'a pas été présenté et approuvé à la réunion du CVS qui a suivi sa mise à jour.

- **Le plan bleu [N° IGAS : 1.2.1.6]**

Il est indiqué à la mission d'inspection que le nouveau plan bleu (2023) est rédigé et qu'il sera transmis à l'ARS après avoir été soumis à l'expertise du médecin coordonnateur à peine arrivé.

Le document n'est pas communiqué à la mission mais l'ARS a été destinataire d'une copie de l'ancien plan bleu de 2022 et la mission a ainsi pu en faire l'analyse.

Le Plan Bleu 2022 fait 284 pages et accuse d'importants défauts de maquettage du livrable ce qui rend le document difficilement intelligible. De plus certains éléments n'apparaissent pas cohérents au regard de l'organisation actuelle de la structure (indications relatives aux personnels assurant des astreintes alors qu'aucun de ces professionnels n'en font). Cependant, la mission a pu constater qu'il détaillait un grand nombre de procédures et contenait les ressources utiles à la gestion de crise. L'analyse des risques y est détaillée ainsi que les modalités de la continuité d'activité.

La mission n'a pas pu évaluer l'appropriation de ce document par le personnel.

REMARQUE 6 : Le plan bleu est très difficilement lisible ce qui nuit à son appropriation, notamment en temps d'urgence.

- **Les réunions institutionnelles de l'établissement**

L'établissement se réunit régulièrement en CODIR 1 à 2 fois par mois les jeudis afin d'ouvrir la réunion à la psychologue. Du fait des longues vacances des postes de médecin coordonnateur et d'IDEC, ce CODIR repose essentiellement sur la réunion de 3 professionnels (directrice, psychologue et adjoint)

Les réunions d'équipes se limitent aux temps de transmission et il n'existe pas de réunions institutionnelles régulières impliquant l'ensemble des agents. Les pièces consultées indiquent que la dernière réunion pluridisciplinaire date du 23.06.2022 et portait exclusivement sur les conditions de travail et la QVT et non sur les modalités d'intervention des équipes.

REMARQUE 7 : L'établissement n'organise pas de réunions d'équipe en dehors des temps de transmission soignant ce qui nuit à la bonne communication en interne.

- **Les relations entre l'organisme gestionnaire Domidep et l'EHPAD**

La directrice régionale étant présente lors de l'inspection, la mission a pu l'interroger sur l'articulation entre le niveau régional et l'établissement Résidence Le club Montsouris. Celle-ci nous a indiqué que l'établissement n'était pas considéré comme un établissement ayant des difficultés et qu'ainsi il ne faisait pas l'objet d'une visite une fois par mois, mais d'une visite une fois par trimestre. La directrice régionale décrit la situation de l'établissement comme jouissant d'une « grande autonomie ». La directrice de l'EHPAD confirme cette grande liberté dans la gestion courante tout en s'appuyant autant que de besoin sur le « siège » par contact téléphonique (notamment lors des situations d'urgence).

La relation est plus organique pour les sujets directement gérés par le siège régional notamment une partie des fonctions supports (paye, comptabilité, dispositif d'astreinte IDE de nuit) et sur l'amélioration de la qualité. Des audits ponctuels sont réalisés et alimentent un plan d'action. Le siège régional est l'interlocuteur de la Ville de Paris et de l'ARS.

La responsabilité de la validation des bulletins de paye notamment, des contrats ou l'exécution du budget incombe à la direction et elle a une vision sur le logiciel comptable.

La direction régionale a indiqué à la mission accélérer la procédure de recrutement du nouveau directeur pour tenir compte de l'absence de la directrice en congé maladie.

4. Le climat social

L'ensemble des entretiens menés convergent pour présenter le climat social actuel et les relations entre la direction et le personnel comme apaisés. Encore récemment, fin 2022 début 2023 l'absentéisme était fort et l'investissement des agents inconstants. L'absentéisme a diminué depuis. La direction ne déclare pas de contentieux en cours.

Il n'a pas été fait état de conflits collectifs ou de mouvements sociaux, ni de doléances particulières lors des réunions régulières avec les représentants syndicaux (au-delà des demandes sur les écarts de rémunérations entre soignants, notamment entre les équipes jours et l'équipe nuit).

La mission n'a toutefois pas pu s'entretenir avec un représentant du personnel, absent le jour de la visite du site.

5. Les outils de management et de communication

Afin de vérifier les modalités d'organisation et de formalisation de la communication interne auprès des personnes accueillies, de leur entourage et du personnel de l'établissement, la mission d'inspection a passé en revue l'affichage de différentes informations, résumées dans le tableau :

La ressource est-elle affichée dans l'établissement ?	OUI / NON
<input type="checkbox"/> tarifs / arrêté du CD	OUI
<input type="checkbox"/> organigramme	OUI
<input type="checkbox"/> règlement de fonctionnement	OUI
<input type="checkbox"/> PV des CVS et composition CVS	OUI sans la composition

<input type="checkbox"/> PV des commissions de restauration	NON
<input type="checkbox"/> PV des commissions d'animation	OUI
<input type="checkbox"/> résultats de la dernière enquête de satisfaction	NON
<input type="checkbox"/> liste des personnes qualifiées du Département (à demander à l'accueil)	OUI
<input type="checkbox"/> charte des droits et libertés de la personne accueillie	OUI
<input type="checkbox"/> programme des animations de la semaine	OUI
<input type="checkbox"/> menus affichés à jour	OUI
<input type="checkbox"/> tarifs et horaires des diverses prestations	OUI
<input type="checkbox"/> numéro 3977/ALMA	<i>Partiel</i>

A l'aune de cette analyse, la mission considère que l'établissement fait preuve de transparence et est vigilante quant à la bonne information des résidents tant sur leur prise en charge que sur leurs droits et recours.

C. Animation et fonctionnement des instances de participation

[N° IGAS : 1.3..3.1]

Le Conseil de la vie sociale de l'établissement s'est réuni 3 fois durant l'année 2022 et la dernière réunion a eu lieu le 20 février 2023. La fréquence de participation satisfait les obligations légales d'implication et de consultation des usagers et personnels à la vie de l'établissement.

La direction indique qu'une élection partielle va être proposée prochainement afin de tenir compte des évolutions dans la composition des membres. Le décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale (CVS) est cité dans un CR.

La composition du CVS de la résidence club le Montsouris est la suivante :

- représentante du personnel
- représentante de l'organisme gestionnaire
- représentant des familles
- représentante des personnes accompagnées
- représentante des personnes accompagnées, Présidente

L'étude des comptes rendus des dernières réunions du CVS révèle le dynamisme de ces temps d'échange. Les ordres du jour sont riches et traitent de sujets internes et externes à l'établissement qui apparaissent pertinents : l'arrivée de nouveaux résidents et salariés, la présentation des enquêtes de satisfaction, l'affaire Orpéa... Le programme des animations et la qualité de la prise en charge sont des sujets régulièrement traités lors des Conseils. Lors du dernier CVS, la mission et le rôle du CVS ont été rappelés ainsi que la récente évolution législative relative à la participation au sein des ESMS.

Toutefois, l'équipe note que les CR des CVS ne sont pas systématiquement signés. De plus, le règlement de fonctionnement n'a pas été présenté et approuvé par le CVS qui a suivi sa mise à jour.

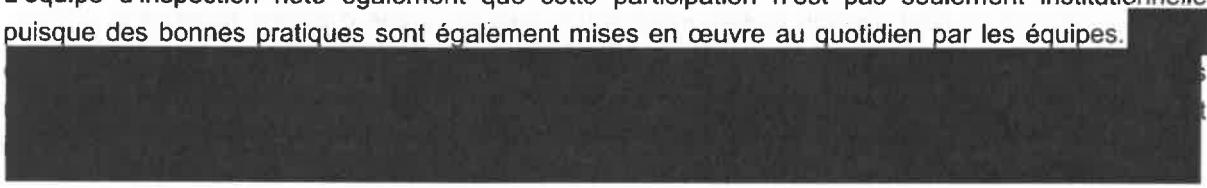
Enfin, bien qu'il soit évoqué pendant les CVS la « fiche grain de sable » qui permet de faire remonter à la direction des dysfonctionnements et remarques, le CVS n'est pas informé des évènements indésirables survenus dans l'établissement ainsi que des actions correctrices mises en œuvre tel que le prévoit le cadre réglementaire.

ECART 5 : Concernant le CVS :

- **Les dispositions du décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2023 ne sont pas appliquées de façon systématique.**
- **La mission note que les CR du CVS ne sont pas tous signés par la présidente et les autorités administratives compétentes ne sont pas destinataires des CR, ce qui contrevient à l'article D311-20 du CASF.**
- **Le CVS n'est pas avisé des dysfonctionnements ou des évènements indésirables qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure survenus dans l'établissement ainsi que des actions correctrices mises en œuvre, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R331-10 du CASF.**

Par ailleurs, la mission relève également que des commissions « animation » et « restauration » ont été instaurées et se tiennent régulièrement. Cela constitue un temps important de participation des résidents de nature à favoriser la prise en compte de la parole des personnes prises en charge et de l'amélioration de la qualité d'accompagnement.

L'équipe d'inspection note également que cette participation n'est pas seulement institutionnelle puisque des bonnes pratiques sont également mises en œuvre au quotidien par les équipes.



D. Gestion de la qualité

1. La démarche qualité [N° IGAS : 1.4.1.7]

Le projet d'établissement précise que la démarche qualité est animée par un comité de pilotage mensuel pour aider dans la réévaluation des pratiques, assurer le suivi des plans d'action définis et traiter les problèmes afin d'initier des actions correctives. Le COPIL s'appuie sur les outils suivants : la réalisation d'audits internes et externes, des enquêtes de satisfaction réalisées auprès des résidents une fois par an, des enquêtes de satisfaction réalisées auprès du personnel, le document unique.

Des enquêtes de satisfaction mentionnant le nombre de résidents satisfaits et non satisfaits ont été transmises à la mission. Elles sont réalisées sous forme de diagramme pour les résidents et mentionnent diverses thématiques relatives à la prise en charge. Les enquêtes pour les familles sont des enquêtes de satisfaction globale qui permettent de mentionner les points à améliorer.

Au vu des documents reçus et des échanges avec la direction régionale qui précise qu'il n'y a pas de responsable qualité sur le site, le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) découle uniquement des audits réalisés par le gestionnaire et la mission n'est pas en mesure de définir si le plan d'action a

été élaboré à partir des résultats/préconisations des différentes évaluations ni comment est assuré le suivi des plans d'action en l'absence de COPIL.

Une fois par an, un audit global est organisé par la direction qualité de DOMIDEP. Un plan d'action annuel en ressort déclinant des actions dans les thématiques suivantes : sécurité-santé, social, loi 2002-2, exploitation, soins.

Le tableau de suivi datant du 30 novembre 2022 a été transmis à la mission d'inspection. Mis à jour le 5 juin 2023, il démontre que quelques actions ont été réalisées mais que de nombreuses actions sont toujours en cours. Le plan d'action soulève des points d'amélioration qui apparaissent pertinents aux yeux de la mission.

Par ailleurs, il existe différents outils d'évaluation du soin transmis à la mission :

- Un tableau de plan d'action soins datant de 2021/2022 démontre que certaines actions n'ont pu être réalisées en raison de l'absence ou le départ de personnel [REDACTED]
- Une fiche mensuelle d'évaluation soins datant de mars 2023 remplie par la direction
- Des fiches d'évaluation des pratiques professionnelles portant sur l'évaluation des toilettes datant de juin 2023 réalisées par l'IDEC et signées par les aides-soignantes [REDACTED]

2. Les évaluations interne et externe [N° IGAS : 1.4.2.1]

L'évaluation interne a été réalisée en juin 2018 et l'évaluation interne en avril 2019.

Concernant la démarche qualité, l'évaluation externe préconise (page 53) notamment de :

- « Finaliser le plan d'action qualité rassemblant tous les plans d'actions (évaluation interne, évaluation externe, projet d'établissement, CPOM, commission de sécurité, DARI, DUERP...)
- Formaliser une lettre d'engagement dans la démarche d'amélioration continue de la qualité,
- Organiser un comité de pilotage qualité pour suivre l'avancement du PACQ et d'indicateurs définis ».

La direction régionale précise à la mission qu'il n'y a pas de suivi précis des actions préconisées par l'évaluation interne dans le plan d'amélioration continue de la qualité. Toutefois, la démarche est diligentée au niveau régional par la réalisation d'audits réguliers. La mission a pris connaissance de l'audit de 2022 qui détaille de nombreux points d'amélioration.

Le pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité dans l'établissement ne semble pas suffisamment porté, a l'instar des autres projets structurants, de moyen et long terme, comme a pu le constater la mission.

3. La promotion de la bientraitance

[N° IGAS : 1.4.3.1] [N° IGAS : 1.4.3.2] [N° IGAS : 1.4.3.3]

L'établissement est doté d'un protocole de bientraitance mis à jour en 2018, il a pour objectif de définir les démarches de bientraitance afin de lutter contre la maltraitance en donnant des repères aux professionnels de santé et liste notamment les actions à suivre en matière de respect du domicile, communication/ accueil/soins du résident, aide aux repas. Cependant, il n'indique pas de référent Bientraitance ni si des groupes de paroles ou formations sont organisés. Lors des entretiens, la direction a indiqué confier cette mission à la psychologue, qui devra animer des groupes d'échange sur le sujet.

L'ancien projet d'établissement consacre un chapitre à la prévention de la maltraitance et au plan de bientraitance avec une définition de la maltraitance⁴ et des références aux bonnes pratiques, à la formation, les démarches d'évaluation et de gestion des risques.



Une page de présentation sur la bientraitance (appelée « Charte de la bientraitance ») est affichée dans le hall d'accueil, elle est également remise à l'arrivée des résidents et des nouveaux collaborateurs avec leur livret d'accueil. Toutefois, il ne s'agit pas d'une véritable charte car ce document contient deux pages (cf les photos ci jointes). Le document est cité à plusieurs reprises mais ne peut être considéré comme une véritable charte.



L'affiche présentant le numéro national d'appel pour les personnes victimes de maltraitance est celle du Rhône, et le numéro parisien (ALMA Paris) n'est pas affiché dans la résidence.

REMARQUE 8 : L'affichage des informations pour les victimes de maltraitance ne correspond pas au territoire parisien.

La programmation relative aux formations transmise concernent les années 2021, 2022 et 2023 et la mission note que seule une formation sur la bientraitance a eu lieu en 2022 pour un personnel soignant.

Par ailleurs, alors que des événements indésirables déclarés par l'établissement font état de comportements violents de certains résidents, il n'existe pas de procédures adaptées ni de formations prévues sur la gestion de la violence.

A l'aune des analyses que la mission d'inspection a pu réaliser et au regard des différents entretiens conduits, il n'est pas relevé de faits de maltraitance ponctuels ou durables, intentionnels ou non intentionnels. Les rares faits de négligences graves rapportés, ont été traités avec sévérité. Ce constat atteste d'une vigilance collective sur cette priorité, qu'il convient toutefois d'inscrire dans la durée et de renforcer par la formation régulière des professionnels.

L'absence de mesures permettant de lutter contre la maltraitance ne permettent pas de garantir une bonne sensibilisation des professionnels à ces thématiques. La direction doit conduire une politique

⁴ Celle-ci a été récemment révisée par la loi du 7 février 2022.

globale de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance (par ex. : plan de formation, auto-évaluation, désignation d'un référent, groupe d'analyse des pratiques).

E. Gestion des risques et des évènements indésirables

1. L'enregistrement et le suivi des enquêtes de satisfaction, réclamations et plaintes

[N° IGAS : 1.5.1.1]

Les plaintes et les réclamations des résidents sont traitées dans le cadre d'un formulaire de déclaration des EI (événements indésirables), des EIGS (événements indésirables graves associés aux soins) et des plaintes, accessible aux familles et disponible à l'accueil, par mail, par téléphone ou oralement (ce qui ne permet pas une trace écrite). Le formulaire de déclaration des EI indique que la plainte/réclamation reçue par un membre du personnel fera l'objet d'une fiche transmise à la direction. La direction indique recenser les plaintes et réclamations des familles et des résidents dans le registre prévu à cet effet et à mettre en œuvre des actions correctrices.

La mission a constaté qu'il existait un tel formulaire à l'entrée mais qu'il concernait les « plaintes et réclamations », sous la forme d'une « fiche grain de sable ».

Afin de diminuer les dysfonctionnements notifiés, la direction indique s'engager à réfléchir en CODIR aux solutions qui pourraient être apportées. Les comptes rendus de CODIR font état d'actions suite à des réclamations (notamment des travaux dans certaines chambres).

REMARQUE 9 : Il existe une confusion entre les plaintes, les réclamations et les évènements indésirables rendant peu lisible les procédures applicables.

2. La procédure de signalement, suivi et analyse des EI et EIG

[N° IGAS : 1.5.1.3] [N° IGAS : 1.5.1.5] [N° IGAS : 1.5.1.6]

Pour ce qui est de la déclaration EI et EIG, plusieurs procédures existent : un document de 2016 traite des « signalements d'EI ou de situation exceptionnelles et dramatiques », un protocole d'avril 2022 traite de la « déclaration et traitement des événements indésirables » et enfin un formulaire de transmission de l'information aux autorités administratives est également joint à ces protocoles. En 2022

[redacted] ont signé une charte d'incitation au signalement d'un évènement indésirable. Ce document engage notamment les signataires à ne pas prendre de mesures disciplinaires à l'encontre d'une personne réalisant un signalement. Cette disposition est bienvenue pour conforter le statut protecteur dont doivent jouir ces personnes.

Analyse des signalements déclarés à l'ARS

Les déclarations comprennent un bon niveau de détail et les mesures prises apparaissent adaptées aux situations dans la majorité des cas. [REDACTED]

L'établissement déclarait régulièrement des situations aux autorités de tutelle, avec une fréquence en cohérence avec la petite taille de la structure. [REDACTED]

Globalement, si l'identification des EIGS semble claire, la mission constate que la distinction entre les plaintes, les réclamations et les évènements indésirables n'est pas établie. Par ailleurs, il n'a pas été désigné au sein de la structure ou au niveau régional de personne ressource.

L'équipe d'inspection remarque également qu'il n'a pas été prévu ces dernières années des formations relatives à la classification/identification des différents EI (cf REMARQUE 15)

Enfin, comme évoqué plus tôt, le conseil de la vie sociale de l'établissement n'est pas avisé des dysfonctionnements et des événements qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure.

ECART 6 : La doctrine de signalement des dysfonctionnements graves et évènements indésirables n'est pas formalisée de façon claire pour distinguer les différentes situations et leur traitement. L'établissement ne signale pas tous les évènements indésirables et les dysfonctionnements graves aux autorités compétentes en violation des articles L.331-8-1, R 331-8 et R331- 9 du CASF.

V. Fonctions support

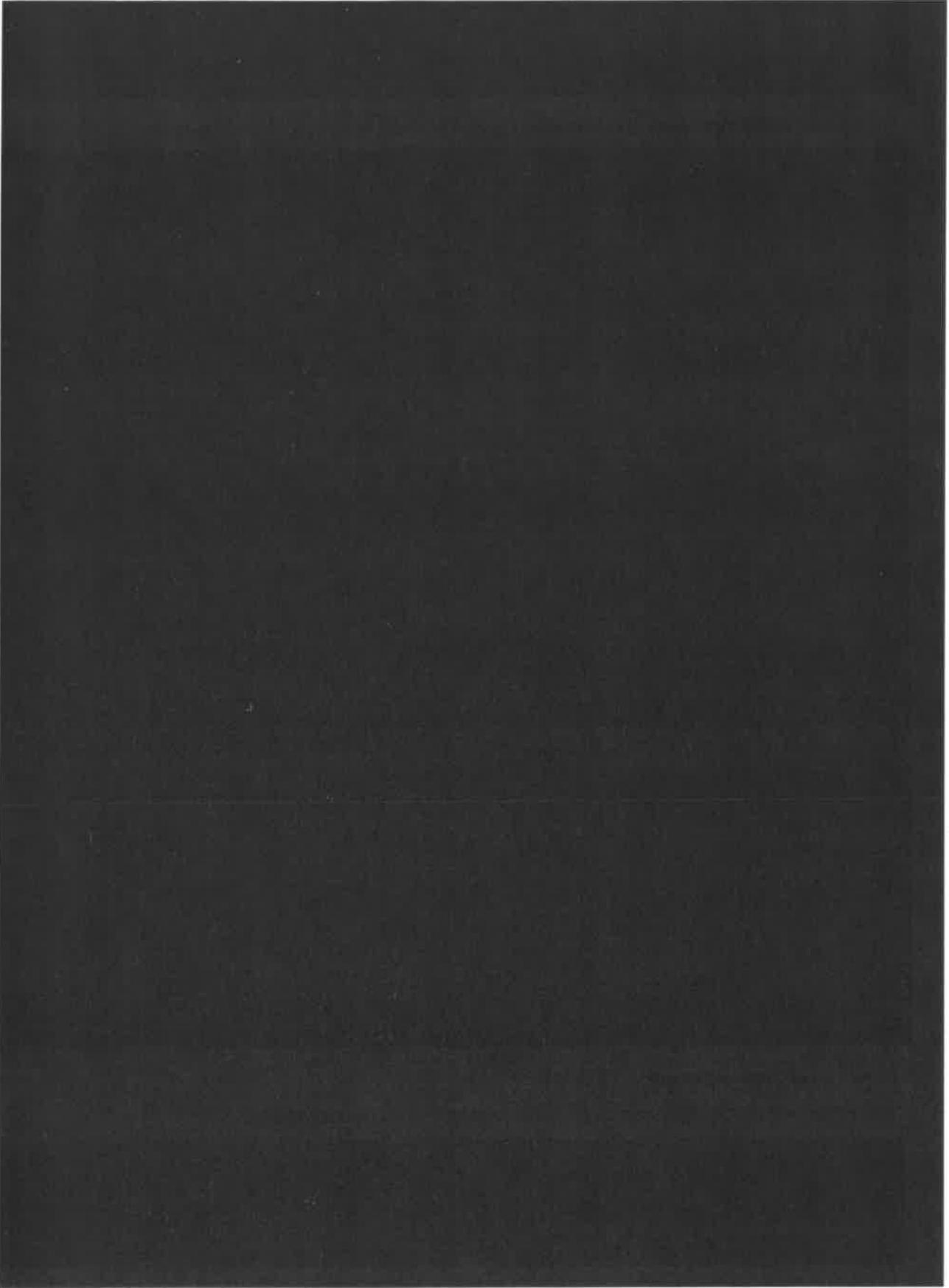
A. Gestion des ressources humaines

1. Situation générale des effectifs

- La composition de l'équipe pluridisciplinaire : [N° IGAS : 2.1.1.1]**

Au 19 juin 2023, l'équipe est composée de 26 salariés,

⁵ Cf <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/declarer-et-signaler-1> et notamment <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/43983/download?inline>



- **Les différents types de contrats : [N° IGAS : 2.1.1.6]**

- **Le recours à l'intérim : [N° IGAS : 2.1.1.6]**

L'établissement n'a pas transmis de données relatives au recours à l'intérim.

REMARQUE 10 : L'établissement n'a pas transmis l'ensemble des recrutements, particulièrement ceux qui ont été effectués par intérim sur l'année écoulée.

2. Organisation du travail :

- **Les temps d'échanges :** [N° IGAS : 2.1.3.1.]

Comme évoqué plus tôt, l'établissement se réunit régulièrement en CODIR. Pour les équipes, la direction organise des réunions ponctuelles d'informations en fonction des besoins de communication, dans une logique plutôt de transmission d'information descendante. La dernière réunion date du 23 juin 2022 soit il y a désormais un an et portait sur les conditions de travail et la QVT.

Les fiches de postes des IDE mettent en évidence l'organisation de temps de transmissions dans la journée et de temps de réunions plus spécifiques pour ces seuls professionnels, théoriquement :

- Une réunion d'équipe soignante, à l'exclusion des AS, en salle de restaurant tous les après-midis :
 - Le jeudi en présence de la psychologue pour les PAP,
 - Le vendredi en présence du Medco,
- Une réunion pour un groupe de parole.

La mission constate plus généralement l'absence de réunions pluridisciplinaires sur la prise en charge des résidents.

La direction indique ne pas avoir mis en place de groupes d'analyse des pratiques.

En matière de temps de transmission, elles s'organisent autour de trois temps dans la journée : un temps le matin à la prise de poste et à la fin de la journée d'un quart d'heure, et un temps de transmission d'une demi-heure en milieu de journée avant le repas.

REMARQUE 11 : L'établissement n'a pas mis en place de groupes d'analyse de pratique afin d'accompagner et d'améliorer la prise en charge des résidents par les professionnels.

- **Les fiches de postes :** [N° IGAS : 2.1.4.2]

L'établissement a fourni des documents intitulés « fiches de poste » pour les professions d'infirmier, d'aide-soignant et d'auxiliaire de service hôtelier. Ces fiches correspondent davantage à des fiches de tâches heureées.

La « fiche de poste » de l'IDE fait apparaître les missions principales suivantes, heure par heure :

- Vérification de l'équipe des aides-soignants présents,
- Prise de connaissance des transmissions dans [redacted]
- Vérification de la température du réfrigérateur,
- Préparation du chariot pour la dispensation des traitements et distribution,
- Réalisation des soins journaliers et aide aux toilettes si besoin,
- Temps de transmission à l'équipe soignante à l'infirmérie et organisation de la journée (présence du Medco le vendredi),
- Distribution des traitements en salle de restauration et en chambres,
- Validation des administrations des traitements dans [redacted]
- Préparation de la planification des soins du lendemain,

- Gestion des consultations médicales, de la modification des traitements, des résultats des laboratoires, des appels des familles et de la coordination entre l'équipe soignante et les intervenants extérieurs,
- Nettoyage du chariot de soins,
- Réunion d'équipe soignante,
- Ronde de surveillance dans l'établissement,
- Rangement du poste de soins et du local à pharmacie,
- Distribution des médicaments en soirée.

Le document se termine par un rappel des traçabilités à remplir journallement et mensuellement.

La « fiche de poste » de l'AS1 fait apparaître les missions principales suivantes, heure par heure :

- Transmissions avec l'AS de nuit et prise de connaissance dans [redacted]
- Vérification des plateaux des petits déjeuners et distribution,
- Préparer le chariot de linge,
- Accompagnement à la toilette des résidents (d'après liste), avec proposition de douche au minimum tous les lundis et vendredis,
- Entretien des lits, changement des draps les lundis et vendredis,
- Trier le linge
- Elimination des poubelles,
- Transmissions ciblées sur [redacted] en équipe pour organisation de la journée,
- Accompagnement des résidents en salle de restaurant, distribution des repas en chambre et aide à la prise au repas,
- Ronde de surveillance (hydratation, prévention cutanée), accompagnement des résidents pour la sieste et change pour certains,
- Descendre les résidents à l'animation,
- Lundi et jeudi : rangement des armoires / mardi : rangement du linge plat,
- Les week-ends : proposer une animation,
- Préparation du goûter et distribution du goûter,
- Ronde de surveillance (hydratation, prévention cutanée),
- Nettoyer le chariot de soins et le préparer pour le lendemain,
- Accompagnement des résidents pour le repas du soir et distribution des plateaux en chambre,
- Transmissions ciblées écrites sur [redacted]

Les « fiches de poste » des AS2, 3 et 4 contiennent les mêmes missions selon un temps qui peut être conjoint ou décalé selon le rythme de la journée pour les résidents. Des AS peuvent être chargés de proposer une animation (notamment le week-end), et ceux présents en soirée sont chargés du couchage. Il n'existe pas de fiche de poste spécifique pour les faisant-fonctions d'AS qui sont en cours de VAE.

La « fiche de poste » de l'ASH1 fait apparaître les missions principales suivantes :

- Bio nettoyage des chambres et du poste de soins,
- Bio nettoyage du salon, de l'entrée, du local SSI et du bureau de la direction, des toilettes, des vestiaires,
- Nettoyage du chariot et préparation pour le lendemain,
- Passage de l'aspirateur au salon et dans les couloirs (dans les escaliers une fois par semaine),
- Désinfecter les mains courantes,
- Lavage du matériel en machine à laver,
- Distribution du linge le mercredi,
- Plonge de la vaisselle du goûter,
- Dressage des tables de la salle de restauration pour le soir, puis aide au repas,
- Bio nettoyage salle de restauration,
- Débarrassage des plateaux en chambres,
- Plonge de la vaisselle du dîner,
- Traçabilité du bio nettoyage des chambres et parties communes.

La « fiche de poste » de l'ASH2 répartit les missions de prise en charge des repas des résidents (petit déjeuner et déjeuner) et bio nettoyage des autres parties des locaux non effectués par l'ASH 1.

Ces documents permettent de mettre en évidence que l'organisation du travail entre ces trois catégories de professionnels dans l'établissement tient compte de :

- la dispensation des médicaments par l'IDE,
- la traçabilité des missions propres à chaque professionnel,
- l'intégration des transmissions dans le temps de travail et la présence simultanée d'un membre de l'équipe sortante et de l'équipe entrante,
- la distinction des tâches entre les trois professionnels.

L'organisation et la réalisation des soins restent peu explicites pour les professionnels aides-soignants.

REMARQUE 12 : Les documents fournis à la mission sous le nom de « fiches de poste » sont assimilables à des fiches de tâches heureuses. Il convient de distinguer ces documents qui ne présentent ni la même nature ni le même rôle. De fait, les personnels de l'EHPAD ne disposent pas de fiches de poste mentionnant notamment la nature du poste, le positionnement hiérarchique, les compétences et le savoir-être requis.

REMARQUE 13 : Les fiches de tâches heureuses IDE et AS ne distinguent pas suffisamment la répartition et l'organisation des activités de soins.

- **Le glissement de tâches : [N° IGAS : 2.1.4.4]**

L'absence de fiche de poste spécifique pour les faisant-fonctions d'AS ne permet pas d'écartier de possibles glissements de tâches.

La présence d'une seule fiche de poste fait apparaître une indifférenciation quant au professionnel qui pratique la toilette sans qu'il soit précisé s'il s'agit de toilette complète, au lit ou d'aide à la toilette. Or, la toilette complète et la toilette au lit sont des actes de soins.

Les entretiens réalisés ont permis de mettre en évidence que la distribution des médicaments était également assurée par les aides-soignants, sans délégation formalisée de l'infirmier ni formation spécifique. La délégation de l'administration des médicaments aux AS n'est pas correctement organisée dans le sens où il n'existe aucune traçabilité de formations sur ce sujet ni traçabilité d'une vérification par l'encadrement IDE, IDEC.

ECART 7 : La répartition des missions entre les aides-soignants et les autres professionnels, notamment quant à la réalisation des soins, ne garantit pas le respect des articles L.4391-1 et R.4311-4 du CSP, D.451-88 et 89 du CASF, et arrêté du 10 juin 2021.

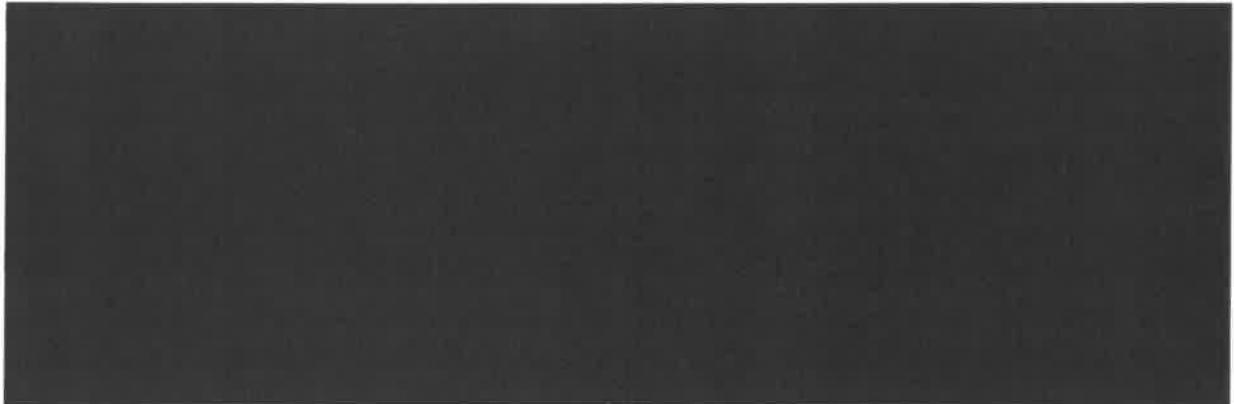
ECART 8 : L'établissement n'a pas encadré la distribution des médicaments par les aides-soignants en violation des articles L.313-26 et D.312-155-0 du CASF.

3. Les plannings du personnel soignant

- **Les plannings : [N° IGAS : 2.1.4.5]**

Les plannings de l'équipe de soins sont élaborés par l'infirmier référent et sont affichés le mois qui précède pour un mois.

Le planning permet d'identifier les différentes catégories de professionnels et leur organisation. Le planning de l'équipe soignante ne permet pas de visualiser la répartition de l'équipe sur les différents étages.



La mission a pu comparer le taux d'encadrement avec les ratios d'encadrement de l'ARS appliqués pour la réalisation des CPOM, calculés à partir du nombre de place, le GMP et le PMP. Il ressort de cette analyse que le taux d'encadrement théorique en journée satisfait les critères régionaux en la matière.



Si le taux d'encadrement de l'établissement est supérieur à ces cibles, il est tout à fait satisfaisant compte tenu de la configuration en 6 étages de l'établissement. En effet, cette configuration oblige une disponibilité plus importante des soignants et le nombre théorique de personnels présents permet cette surveillance.

31/77

Agence régionale de santé Ile-de-France – Ville de Paris
Rapport d'inspection n° 2023_IDF_00522

ECART 9 : En ne pourvoyant pas au remplacement des salariés absents de façon systématique et en ne garantissant pas la continuité des prises en charge en soins et à l'accompagnement du résident, du fait d'équipes non stabilisées et d'un recours élevé aux CDD, l'établissement contrevient à l'article L 311-3 du CASF et L 1110-1 du CSP.

- **La gestion des absences : /N° IGAS : 2.1.4.7/**

L'établissement n'a pas transmis à la mission d'inspection de procédure de gestion des absences.

La fiche de poste de l'IDE de jour fait clairement mention du fait que la présence de trois aides-soignants doit conduire à une réorganisation des tâches. En revanche, elle précise que la seule présence de deux aides-soignants doit être complétée par l'appel à une liste de vacataires. La mission d'inspection n'a pas pu recueillir plus d'informations sur la procédure suivie.

REMARQUE 14 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion des absences imprévues ou programmées.

4. Formation :

- Le plan de développement des compétences : [N° IGAS : 2.1.2.1]**

L'établissement a fourni un « plan de développement des compétences pour les années 2021, 2022 et 2023 » qui correspond davantage à un visuel de programmation de formations.

Le plan 2021 contient les formations suivantes :

- 4 Formations collectives :
 - 2 Formations incendie (1/2 journée) réalisées le 16 février et le 18 novembre ;
 - Prévenir la contention en gériatrie (2 jours) réalisée le 9 & 10 novembre ;
 - Instant repas, nutrition et hydratation (2 jours) réalisé le 13 & 14 décembre.
- Formations individuelles :
 - Concerne uniquement le contrat d'apprentissage du psychomotricien.

Le plan 2022 contient les formations suivantes :

- 3 Formations collectives :
 - 2 Formation incendie (1/2 journée),
 - Mieux comprendre la bientraitance par la pratique de la simulation d'une personne âgée dépendante et démente (2 jours).
- 8 Formations individuelles :
 - 3 formations au diplôme d'Etat d'aide-soignant, [REDACTED] (1 435 h),
 - 1 formation par apprentissage au diplôme d'Etat d'aide-soignant (1 435 h),
 - 2 formations d'assistant de soins en gérontologie (20 jours),
 - 1 accompagnement à la VAE d'aide-soignant (4 jours),
 - 1 formation de tuteur (40 h).

Le plan 2023 contient les formations suivantes :

- 4 Formations collectives :
 - 2 Formation incendie (1/2 journée), l'une réalisée le 25 janvier et l'autre programmée le 5 juillet,
 - Prévention du risque de chute en EHPAD (2 jours) prévue le 30 et 31 décembre,
 - Communication interprofessionnelle et gestion des conflits (2 jours).
- 7 Formation individuelles :
 - 1 formation identifiée au diplôme d'Etat d'aide-soignant (1 435 h),
 - 1 formation par apprentissage au diplôme d'Etat d'aide-soignant (1 540 h),
 - 1 accompagnement à la VAE d'aide-soignant (3,5 jours),
 - 1 formation d'assistant de soins en gérontologie (20 jours),
 - 1 formation identifiée HACCP sur la sécurité sanitaire des aliments (1 jour),
 - 1 contrat de professionnalisation M2 direction d'établissement,
 - 1 contrat d'apprentissage Master directeur des établissements de santé.

Pour toutes les formations proposées la réalisation est prévue par un prestataire extérieur. Aucune formation n'est envisagée par l'un des salariés de l'établissement.

Il n'est pas proposé de formation sur la fin de vie, sur les gestes en situation d'urgence, les troubles sensoriels, le traitement des EIG ou la gestion de la violence. En l'absence de document cadre engageant l'établissement dans une vision pluriannuelle, comme le projet d'établissement, la mission n'a pu établir un lien entre les objectifs ainsi que les besoins identifiés et les formations réalisées.

La mission a été destinataire d'un plan de développement des compétences qui se limite à indiquer les formations prévues sans expliciter la stratégie de formation du personnel et d'amélioration des pratiques au sein de l'établissement.

Les documents fournis ne permettent pas de déterminer si la totalité des formations a bien été programmée et si l'ensemble du personnel a pu suivre ces formations ou dans quelle proportion.

REMARQUE 15 :

En matière de formation :

- **Le plan de développement des compétences n'explicite pas la stratégie de formation du personnel et d'amélioration des pratiques au sein de l'établissement.**
 - **De plus, la programmation des formations ne met pas suffisamment l'accent sur les formations relatives à l'accompagnement des résidents (bientraitance, troubles sensoriels, ..) et ne prévoit pas de formations permettant aux salariés de distinguer et de traiter les EI/EIGS et les dysfonctionnements graves. Il n'est pas non plus désigné une personne ressource qui pourrait être chargée de la sensibilisation et des formations aux signalements.**
 - **Enfin, la réalisation du plan ne fait pas l'objet d'un suivi formalisé ce qui ne permet pas d'assurer la participation des agents à ces formations.**
-
- **L'aide à la mobilité interne : [N° IGAS : 2.1.2.3.]**

La programmation présentée témoigne de la pris en compte, par la direction, de la problématique de mobilité interne des salariés, de la promotion professionnelle par l'accès à des formations qualifiantes (Aide-soignant et ASG), mais également de l'accompagnement à la VAE.

5. Accueil des nouveaux salariés :

- **Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels : [N° IGAS : 2.1.2.5]**

Le livret d'accueil est composé des documents suivants :

- Plaquette de présentation,
- Contrat de Travail (exemplaire à retourner, signé)
- Fiche de poste de la Résidence Club le Montsouris
- Règlement Intérieur du Personnel (exemplaire à signer)
- Charte des Droits et Libertés des Personnes Agées Dépendantes,
- Charte des Droits et Libertés de La Personne Accueillie,
- Charte de Bientraitance,
- Organigramme,
- Autres documents internes (liste des résidents, classeur soignant, classeur IDE, ...)

La plaquette de présentation et le règlement intérieur du personnel n'ont pas été communiqués à l'équipe d'inspection.

REMARQUE 16 : L'établissement ne dispose pas d'un protocole d'accueil des nouveaux professionnels alors même que l'accompagnement et l'intégration dès les premiers jours pourraient permettre d'améliorer la qualité de vie au travail et la stabilité des équipes.

6. Dossier du personnel et qualification

• Le contenu des dossiers administratifs des personnels : [N° IGAS : 2.1.1.7.]

La mission d'inspection a pu consulter les dossiers des salariés qui sont conservés dans le bureau de la direction. Ceux-ci sont organisés de façon identique et selon les sous pochettes thématiques suivantes :

- Demandes de congés,
- Divers,
- Courriers sanctions,
- Arrêts maladie,
- Documents établissement (règlement intérieur, fiche de poste, charte de bientraitance),
- Médecine du travail,
- Attestations de formation,
- Documents administratifs,
- Mutuelle prévoyance,
- Contrats,
- Entretiens.

La mission d'inspection a pu consulter douze dossiers et en dresse le constat suivant :

- Documents présents systématiquement :
 - Titre d'identité,
 - Contrat [REDACTED]
 - Dossier de formation continue.
- Documents non présents systématiquement :
 - Extrait de casier judiciaire (preuve de la vérification)
 - Fiche de poste,
 - Diplôme,
 - Médecine du travail,
 - Entretien annuel d'évaluation [REDACTED]

Les inscriptions à l'Ordre pour les infirmiers ne sont pas présentes de façon systématique.

Aucun document probant de l'inscription à l'ordre des médecins n'a été transmis (cf ECART 2).



REMARQUE 17 : Les dossiers du personnel ne sont pas tous complets et à jour.

ECART 10 : Les dossiers des infirmiers ne contiennent pas de façon systématique l'inscription ordinaire. De plus, les titulaires d'un diplôme d'aide-soignant obtenu hors de France devraient

détenir une autorisation d'exercice conformément aux articles L.4311-3 et 15, L.4391-1 et 2 du CSP.

- **Les prestataires extérieurs : [N° IGAS : 2.1.1.8.]**

Trois types de professionnels extérieurs interviennent au sein de l'établissement :

- Deux masseurs kinésithérapeutes,
- Un pédicure-podologue,
- Une orthophoniste selon les besoins.

Il n'a pas été possible à la mission de consulter les dossiers de ces professionnels et de vérifier qu'ils disposaient des diplômes et compétences nécessaires.

REMARQUE 18 : L'établissement n'a pas constitué de dossier administratif pour les professionnels libéraux qui interviennent auprès des résidents.

- **L'équipe de nuit : [N° IGAS : 2.1.4.10]**

L'équipe de nuit est composée d'un infirmier et de deux aides-soignants. La fiche de poste de l'IDE de nuit n'a pas été fournie. Les deux fiches de postes des aides-soignants permettent de mettre en évidence les points saillants suivants :

- Transmissions avec l'AS 3,
- Prise de connaissance des transmissions dans [REDACTED]
- Transmissions avec l'AS 2 de nuit,
- Accompagnement au coucher des derniers résidents et ronde de surveillance,
- Distribution des traitements de nuit,
- Distribution des collations,
- Soins de nursing,
- Bio-nettoyage salle de restauration, salon et entrée,
- Mise en place du couvert et dressage des tables,
- Change des protection et traçage dans [REDACTED]
- Nettoyage de 3 fauteuils roulants par nuit,
- Entretien du linge,
- Sortie des poubelles,
- Préparation des petits déjeuners,
- Transmissions de fin de nuit dans [REDACTED] et avec AS1.

La fiche de l'AS2 de nuit diffère par des temps d'intervention en décalé ou par alternance des missions. Les missions restent identiques pour les deux professionnels.

Les « fiches de poste » ne précisent pas la façon dont la traçabilité de la prise des médicaments est réalisée.

[REDACTED]
[REDACTED] L'établissement doit s'assurer que le personnel aide-soignant de nuit est bien diplômé.

REMARQUE 19 : La traçabilité de la prise des médicaments pour les professionnels de nuit n'est pas précisée dans la fiche de tâches heurees communiquée (dénommée « fiche de poste »).

B. Gestion de l'information

La mission d'inspection a pu consulter douze dossiers des résidents stockés dans le bureau de la directrice. Ceux-ci sont organisés de façon identique et selon les sous pochettes thématiques suivantes :

- Identité
- Carte vitale et carte de mutuelle
- Contrat de séjour
- Jugement de tutelle le cas échéant
- Etat des lieux du logement

La mission a constaté la présence de documents systématiquement présents :

- Pièce d'identité
- Carte vitale
- Carte de mutuelle
- Jugement de tutelle

L'état des lieux du logement n'apparaît pas dans tous les dossiers des résidents, ce qui ne permet pas d'attester qu'il est réalisé systématiquement à l'entrée du résident dans l'EHPAD. Sur les 12 dossiers de résidents consultés, les directives anticipées sont présentes dans [REDACTED] Dans ces dossiers, il manque systématiquement le numéro de chambre des résidents et leur date d'entrée.

ECART 11 : Le contrat de séjour signé n'est pas dans [REDACTED] dossiers sur les 12 dossiers que la mission d'inspection a pu consulter, ce qui contrevient à l'article L311-4 du CASF.

REMARQUE 20 : Les dossiers des résidents ne sont pas tous complets et à jour.

Le dossier médical est séparé du dossier administratif comme le prévoit la réglementation. En l'absence du médecin de l'ARS lors de la visite sur site, la mission n'a pas pu consulter le dossier médical des résidents.



REMARQUE 21 : Les documents contractuels relatifs aux partenariats de l'établissement n'ont pas tous été retrouvés et ne sont pas toujours signés par les parties.

Le registre des entrées et sorties des résidents a été consulté par la mission. Paraphé par la mairie du 14^{ème} (avant même sa mise en place en septembre 2016), il mentionne l'identité des personnes, leur date d'entrée et de sortie de la résidence.

Le respect de la réglementation relative à la protection des données personnelles n'a pas pu être traité dans le cadre de cette inspection.

C. Bâtiments et équipements

1. Etat et accessibilité des locaux

Des travaux de rénovation entrepris sont visibles dans les parties communes, le salon et la salle à manger ne possèdent pas de fenêtres, éclairés par des puits à jour, ils sont mis en valeur par des papiers peints graphiques et colorés. Les couloirs sont vastes et équipés de barres d'appui, la mission a constaté que certains étages en étaient dépourvus.

La jonction entre les deux bâtiments produit à certains endroits un dénivelé au sol non signalé qui peut être source d'insécurité dans les déplacements (cf photo ci-dessous).



De même, alors même que l'établissement a installé récemment des codes aux escaliers, cette sécurité est inopérante puisque la mission a pu constater que plusieurs portes palières restaient ouvertes malgré le digicode.

ECART 12 : En ne garantissant pas plusieurs conditions de sécurité du bâtiment, notamment l'accès à la cage d'escaliers, l'accès à des fenêtres non sécurisées, la circulation à risque du fait de pentes non indiquées, la surveillance du principal accès, l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF en ce qu'il n'offre pas un cadre sécurisé.

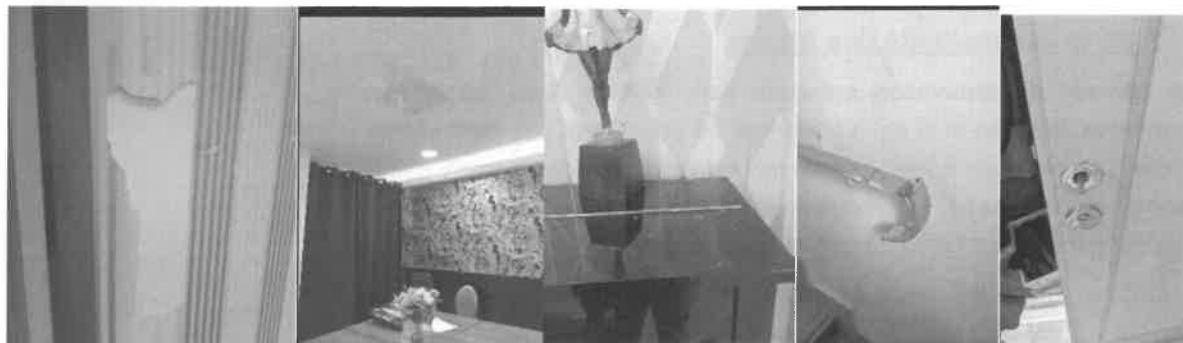
Comme évoqué plus tôt, l'EHPAD ne dispose d'aucun espace extérieur (jardin, terrasse...), certaines chambres et les espaces communs sont équipés de climatisation.

La mission a constaté que les petites réparations n'étaient pas effectuées régulièrement et laissaient apparaître un manque d'entretien

Dans le salon, la climatisation produit un bruit continue et est source de nuisance dans la salle où sont réalisées les animations et certains repas. La direction indique procéder sous peu à sa réparation.

La direction précise que ce sont des prestataires qui interviennent pour les petits travaux.

REMARQUE 22 : Il n'est pas procédé au suivi périodique du parc mobilier afin de permettre le cas échéant de programmer des réparations ou de renouveler le matériel.



L'établissement propose 3 types de chambres (classique, confort ou privilège), qui se distinguent par la superficie (10 à 20 m²) et le degré de confort. La mission a pu observer une différence majeure de confort notamment dans les sanitaires et note la difficulté d'accessibilité dans certaines douches., comme l'illustrent les photographies ci-dessous.



2. Equipements et matériaux

Les chambres sont équipées de lits médicalisés, certaines possèdent des rails pour effectuer les transferts.

La salle d'animation située dans le salon du rez de chaussée est peu adaptée au public (tables lourdes et difficiles à bouger sur un sol recouvert de moquette).

Le sous-sol est assez exigu, il abrite la cuisine, la laverie, la réserve de soins, les vestiaires hommes et le local poubelles.

L'établissement sous traite les prestations de linge des résidents et prend en charge le linge plat et les tenues des personnels.

La mission a observé lors de la visite du linge entreposé dans des sacs à proximité des poubelles.



La structure est globalement correctement entretenue par les agents de service hôteliers ou auxiliaires de vie qui effectuent le bio nettoyage des chambres et parties communes. La fiche de tâches précise que l'agent de service a l'obligation de tracer le bio nettoyage sur tablette, située au 4e étage, via le logiciel.

D. Sécurités

Concernant les règles de sécurité le personnel suit les formations de sécurité incendie. La commission de sécurité et d'Accessibilité de la Préfecture de Police de Paris a procédé le 22 février 2018 à la visite de réception des travaux de l'Ehpad et a émis un avis favorable à l'ouverture au public de l'établissement.

En l'absence de documents, la mission n'a pas vu comment s'enregistrent les mouvement d'entrées et sorties ponctuelles des résidents, visiteurs, familles, proches, intervenants au sein de l'établissement afin de garantir la sécurité des personnes, notamment en cas d'évacuation.



Les DASRI sont entreposés dans un local dédié et fermé à clé.
La mission n'a pas procédé à l'analyse de la gestion des DASRI.



Les personnes extérieures entrent et sortent de l'établissement à l'aide d'un interphone ou d'un digicode, alors même que l'établissement héberge des personnes connues pour risque de fugue, le système anti fugue ne semble pas opérationnel faute de vidéosurveillance à l'accueil.

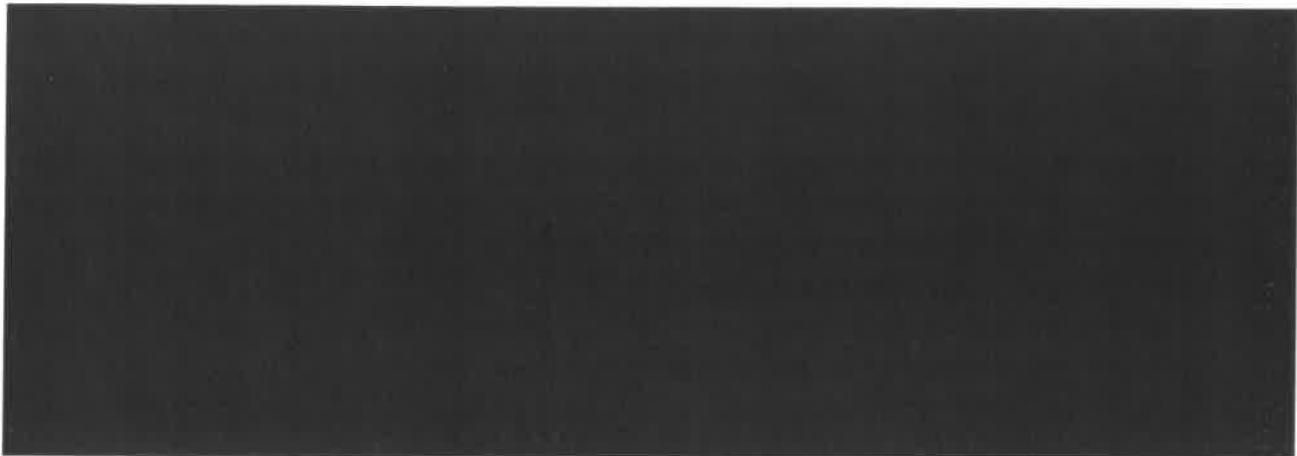
REMARQUE 23 : Alors même que l'établissement héberge des personnes connues pour risque de fugue, le système anti fugue de l'établissement ne garantit pas suffisamment la surveillance systématique de l'entrée et de la sortie de l'établissement.

REMARQUE 24 : Il n'est pas prévu l'enregistrement des entrées et sorties des visiteurs et personnels extérieurs dès leur entrée.

Les résidents sont équipés de médaillons appels malades. Les appels sont caractérisés par un signal sonore. Lors de l'inspection, les tests réalisés ont permis de constater l'intervention des soignants dans un délai d'environ 5minutes. Un protocole de gestion et test d'appels malade en date du 7 février 2018 explique le fonctionnement et prévoit la vérification de la réactivité du personnel via un logiciel. Pour les délais de réponses supérieures à 5 minutes, des justifications sont demandés en transmissions par l'IDE.

L'établissement a transmis les relevés d'appels malade des mois de mai et juin 2023 dont l'analyse relate :





L'amplitude des écarts tant dans les répétitions d'appels que dans les temps d'intervention interroge la mission qui note que les moyennes d'intervention sont bien supérieures aux 5 minutes définies dans le protocole.

Par ailleurs, la mission lors de sa visite a pu tester ce dispositif avec l'accord des résidents avec lesquelles, elle s'est entretenue. La réactivité lors d'un test [REDACTED] était de 4min49 ce qui demeure satisfaisant.

REMARQUE 25 : Certains temps de réponse aux appels malade sont excessivement longs ce qui fait courir un risque pour les résidents en cas d'urgence.

Lors des entretiens, il a été fait mention à plusieurs reprises de vols [REDACTED]

[REDACTED] la mission invite la direction à renforcer sa vigilance sur ce sujet et à rappeler l'importance de signaler dès les premières constatations ces infractions.

VI. Prise en charge

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

1. Admission et sortie

[N° IGAS : 3.1.1.1] [N° IGAS : 3.2.1.2]

La procédure d'admission à la résidence le club Montsouris se fait le plus souvent « en direct » avec les résidents ou par l'intermédiaire de services payants [REDACTED]. Les hôpitaux du secteur orientent également des personnes en perte d'autonomie. L'établissement n'a pas recours à la plateforme Via [REDACTED]. Il n'a pas de lien avec le dispositif d'appui à la coordination (DAC) alors même que ces structures sont des acteurs de l'orientation des personnes dont le niveau de dépendance justifierait la proposition d'une prise en charge en EHPAD.

La structure utilise dans le cadre des admissions le « dossier de demande unique en vue d'une admission temporaire ou permanente en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » (cerfa N°14732*03).

Le déroulé de la procédure d'admission est décrite dans le « protocole d'accueil du nouveau résident » communiqué à la mission qui date de 2016. La procédure, qui s'inspire des recommandations de bonne pratique de la HAS de 2010, suit les étapes suivantes :

- 1) Réaliser l'entretien de préadmission
- 2) Planifier l'accueil (l'après-midi)
- 3) Informer le personnel de l'accueil (lors des transmissions)
- 4) Accueillir le résident
- 5) Permettre à la personne de prendre rapidement des repères
- 6) « Encadrer le nouveau résident »
- 7) Organiser la consultation médicale d'entrée (par le médecin traitant ou un médecin traitant proposé)
- 8) Associer et soutenir les proches.
- 9) Formaliser le recueil des observations diverses.
- 10) Analyser les informations recueillies et observées en réunion de transmission
- 11) Formaliser le projet de vie personnalisé
- 12) Informer le résident et ou le représentant légal
- 13) Transmettre la grille AGGIR
- 14) Adresser l'enquête de satisfaction

La procédure telle que décrite comprend sans distinction à la fois les actions et les objectifs poursuivis ce qui nuit à son intelligibilité, bien que les éléments soient pertinents. Elle manque de précision concernant les actions obligatoires à mener. Par exemple, l'état des lieux contradictoire d'entrée n'est pas précisé. Il n'est pas associé d'échéancier indicatif aux actions à mener ni de responsables clairement identifiés (alors même que certaines actions ne peuvent être réalisées que par le médecin) ce qui ne garantit pas l'opérationnalité de ce document. Les actions à mener ne sont pas clairement expliquées. A titre d'exemple, la mission considère peu claire la mention suivante : « Un mois après l'accueil, le projet de vie personnalisé, le pictogramme de soins et le GIR de tout nouveau résident est formalisé en équipe pluridisciplinaire », arrive par la suite la « transmission de la grille AGGIR » à la direction.

Davantage d'informations sont détaillées dans le « protocole PAP » qui a pourtant une vocation différente. Dans la liste des documents associés à la procédure, il n'est pas fait mention de règlement de fonctionnement ni du livret d'accueil. De plus, la pièce communiquée ne comprend pas les annexes du document (notamment le logigramme).

Alors que la présence d'un soignant lors de l'admission y est inscrite, cette règle n'est pas suivie dans les faits du fait de l'absence prolongée de Medco et IDEC et de l'important turn-over. L'avis est pourtant indiqué sur le site internet de la structure. Ainsi, lors de l'admission il n'est pas donné d'avis sur la compatibilité entre l'état de santé, de handicap ou de dépendance de la personne et les capacités de prise en charge et de soins de l'établissement, par un médecin. L'évaluation des risques de chutes, escarres, déglutition et douleur est effectuée par les IDE.

Enfin, il n'apparaît pas, dans la pièce analysée, de procédure particulière relative à l'accueil temporaire pourtant pratiquée par l'établissement en dehors de tout cadre réglementaire.

La direction a précisé lors de l'entretien qu'un soignant référent au sein de chaque équipe était désigné pour chaque résident, sans que cette règle ne soit formalisée dans le document de procédure d'admission.

ECART 13 : Il n'est pas donné systématiquement d'avis médical lors des admissions des personnes à accueillir, alors même que cet avis est obligatoire suivant l'article D312-158 du CASF.

REMARQUE 26 : La procédure d'admission est insuffisamment formalisée et ne permet pas de distinguer clairement les responsabilités, les actions et les objectifs poursuivies. De plus, il n'est pas fait mention de documents à délivrer obligatoirement à tout résident (livret d'accueil, règlement de fonctionnement) alors même que la direction a indiqué transmettre systématiquement ces documents.

La mission s'est également interrogée sur les critères pouvant conduire à mettre fin à la prise en charge d'un résident et de facto à son exclusion. Le règlement de fonctionnement prévoit notamment les hypothèses suivantes (page 11) :

« Il est à noter que l'établissement, conformément aux dispositions du contrat de séjour, après en avoir informé le résident ou sa famille, et après consultation et avis du médecin coordonnateur, peut ne pas conserver un résident dans les jours qui suivent l'admission, s'il est constaté un état de santé physique ou psychique différent de celui indiqué par la famille avant l'entrée ou une inadaptation caractérisée ainsi qu'un comportement pouvant troubler la quiétude ou la sécurité des autres personnes résidant dans l'établissement. Il en est de même pour des comportements psychiatriques évolutifs qui troublent la sécurité des résidents ou du personnel, et ceci même dans les années qui suivent l'admission.

Dans ces cas, les proches du résident devront prendre les mesures nécessaires pour lui permettre le transfert au sein d'une autre structure, sinon l'établissement pourra transférer celui-ci, sur avis médical, dans un établissement de santé ou médico-social public ou privé plus adapté à sa situation.»

Lors des entretiens il a également été indiqué la possibilité d'un transfert d'une personne qui « déambulerait trop » en l'absence d'unité protégée, ce qui n'est pourtant pas un critère suffisant pour l'orientation en unité protégée.

La mission considère que ces paragraphes portent à confusion et qu'ils exposent à un risque d'abus dans l'interprétation qu'il peut en être faite. En effet, la qualification de transfert minore le rôle d'accompagnement vers une solution pérenne qui incombe à l'établissement en cas de besoin d'orientation vers une unité plus adaptée. De plus, les termes utilisés « un état de santé physique ou psychique différent de celui indiqué par la famille avant l'entrée » font peser sur la famille une responsabilité qui n'est pas la sienne, puisque seule une évaluation médicale est à même de définir l'état de santé physique ou psychique de la personne, que la famille peut ignorer.

REMARQUE 27 : Le règlement de fonctionnement formule de façon insuffisamment sécurisante pour la stabilité du résident les conditions suivant lesquelles il peut être mis fin à la prise en charge du résident dans la structure, à la suite ou plusieurs années après son admission.

2. Projet d'accompagnement personnalisé et projet de vie individualisé

[N° IGAS : 3.1.3.3]

Conformément aux dispositions du CASF (article D312-155-0), afin de permettre l'exercice et le respect des droits des personnes accueillies « *l'établissement doit mettre en place avec la personne accueillie et le cas échéant avec sa personne de confiance un projet d'accompagnement personnalisé adaptés aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies* ».

La réalisation des PAP est évoquée dans plusieurs documents, notamment dans la procédure d'admission, le règlement de fonctionnement et l'ancien projet d'établissement. Tous rappellent l'importance de personnaliser la prise en charge de chaque résident.

Le règlement de fonctionnement indique que les projets de vie sont réalisés 2 à 3 mois après l'admission alors même que l'ancien projet d'établissement indique la réalisation sous 15 jour du PAP.

L'ancien projet d'établissement détaille la mise en place et le suivi des PAP. Il est prévu notamment une signature par chaque soignant, le suivi par le soignant référent et son caractère évolutif.

Les pièces fournies lors de l'inspection comportent un protocole « PAP » daté de 2018. Ce document de qualité détaille avec précision les actions à mener, identifie les personnels qui doivent les conduire, et donne un échéancier pertinent de l'élaboration du projet, débutant 15 jours avant l'accueil de la personne.

Toutefois, il convient de noter que ce document comporte des éléments qui relèvent du protocole d'admission, par exemple les formalités d'entrée. Il serait plus lisible de procéder à la refonte de ces deux documents afin de mieux distinguer les deux procédures.

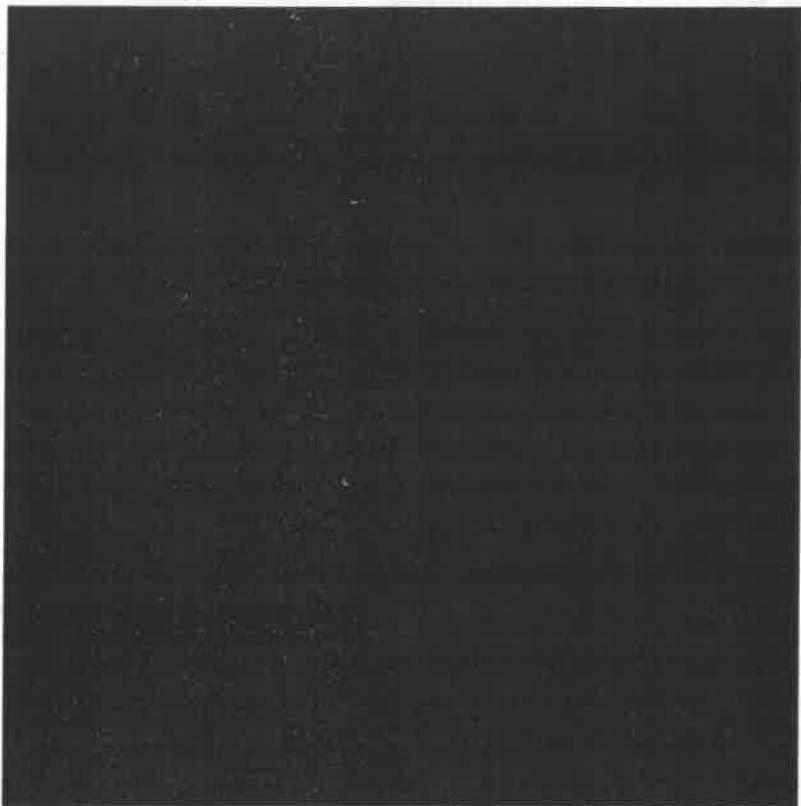
Dans la définition du PAP, la mission note que ne sont pas présentés ses deux volets : le projet de soin et le projet de vie.

Au regard du tableau de suivi des PAP, les PAP semblent être régulièrement mis à jour pour la majorité des résidents [REDACTED]. Pour [REDACTED] résidents la révision du PAP est prévue avec l'arrivée de la nouvelle psychologue. [REDACTED]

Lors de la visite du site, la mission a pris connaissance du « tableau récapitulatif des PAP pour chaque résident » affiché au sein de la salle de repos du personnel. [REDACTED]

[REDACTED] Le contenu de ce document interroge sur la qualité des projets et la communication qui en est faite auprès des professionnels [REDACTED]

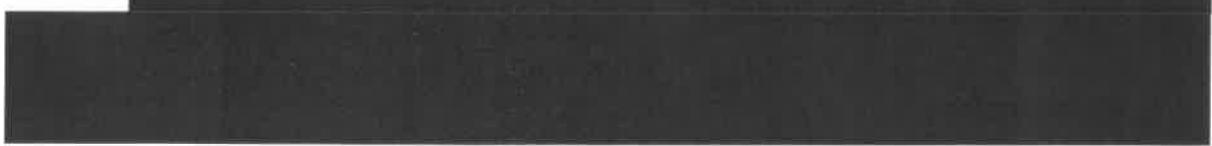
Tableau récapitulatif des PAP pour chaque résident



La mission lors de sa visite a souhaité confronter cette doctrine théorique précisée dans les documents aux pratiques de l'établissement. A l'aune des différents entretiens réalisés, elle a pu constater un grand écart entre la méthodologie et l'appropriation par les professionnels. Il a notamment été rapporté que l'organisation des plannings d'animation n'était pas élaborée en cohérence avec les PAP.



De plus, la répartition des soignants et des résidents repose sur une entente informelle éloignée de la démarche prévue de rotation tous les 3 mois, aucun document n'indique le mode de répartition des résidents.



REMARQUE 28 : Si la mission constate l'existence d'une procédure formalisée pour la mise en œuvre et le suivi des PAP, celle-ci gagnerait à être clarifiée et elle ne fait pas l'objet d'une appropriation par les professionnels et ne permet pas une réelle individualisation de la prise en charge.

B. Respect des droits des personnes

[N° IGAS : 3.2.2.2] [N° IGAS : 3.2.2.5] [N° IGAS : 3.2.3.1]

La mission note que les locaux de l'établissement permettent l'accueil des familles dans de bonnes conditions.

Les droits des résidents sont portés à leur connaissance par la diffusion de « la charte des Droits et Libertés de la personne accueillie » remise avec le livret d'accueil.

Le contrat de séjour permet de désigner une personne de confiance dès l'admission, l'information est également largement détaillée dans le livret d'accueil. Des articles dédiés aux directives anticipées d'une part et au médiateur à la consommation d'autre part se trouvent également dans le contrat de séjour. Toutefois, la mission constate que les directives anticipées demeurent insuffisamment promues. Les résidents et familles sont également informés de la possibilité de déposer des objets de valeur dans le coffre de l'établissement conformément à la réglementation.

La mission a vérifié que la liste départementale des personnes qualifiées était affichée.

Le RAMA 2021 rédigé par le médecin coordonnateur [REDACTED] ne fait référence qu'à l'existence du protocole contention mais n'aborde pas leur comptabilité ni leur analyse ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer de la liberté d'aller et venir des personnes ni de vérifier le respect des règles applicables à la contention.

Il ressort des entretiens menés par la mission avec deux résidentes que la prise en compte de leur besoin est très satisfaisantes. Les résidentes ont insisté sur l'engagement des équipes qui sont réactives et bientraitantes malgré une charge de travail très conséquente. Une résidente [REDACTED]

Les entretiens menés avec [REDACTED] indiquent également un grand niveau d'attention, dans cette structure à l'esprit « familial » et de « taille humaine ».

L'analyse des événements indésirables et dysfonctionnement corrobore avec ces déclarations. [REDACTED]

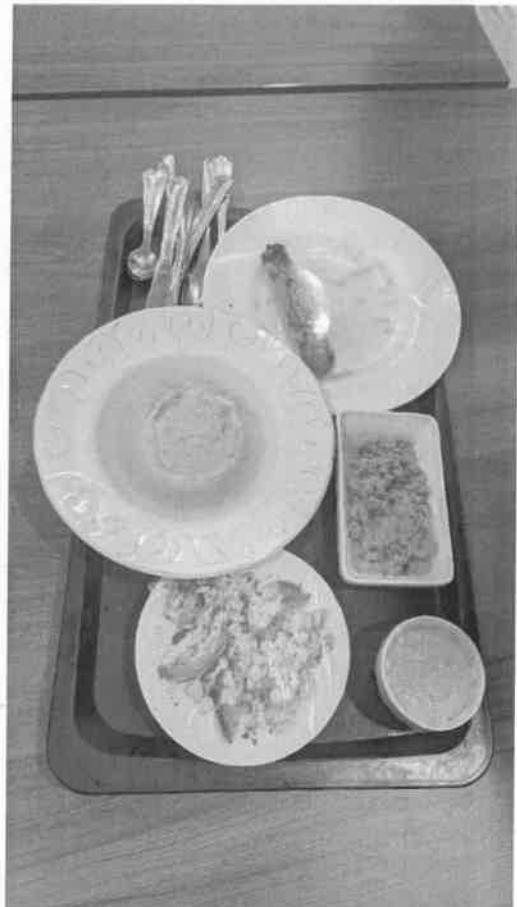
C. Vie sociale et relationnelle

1. Restauration

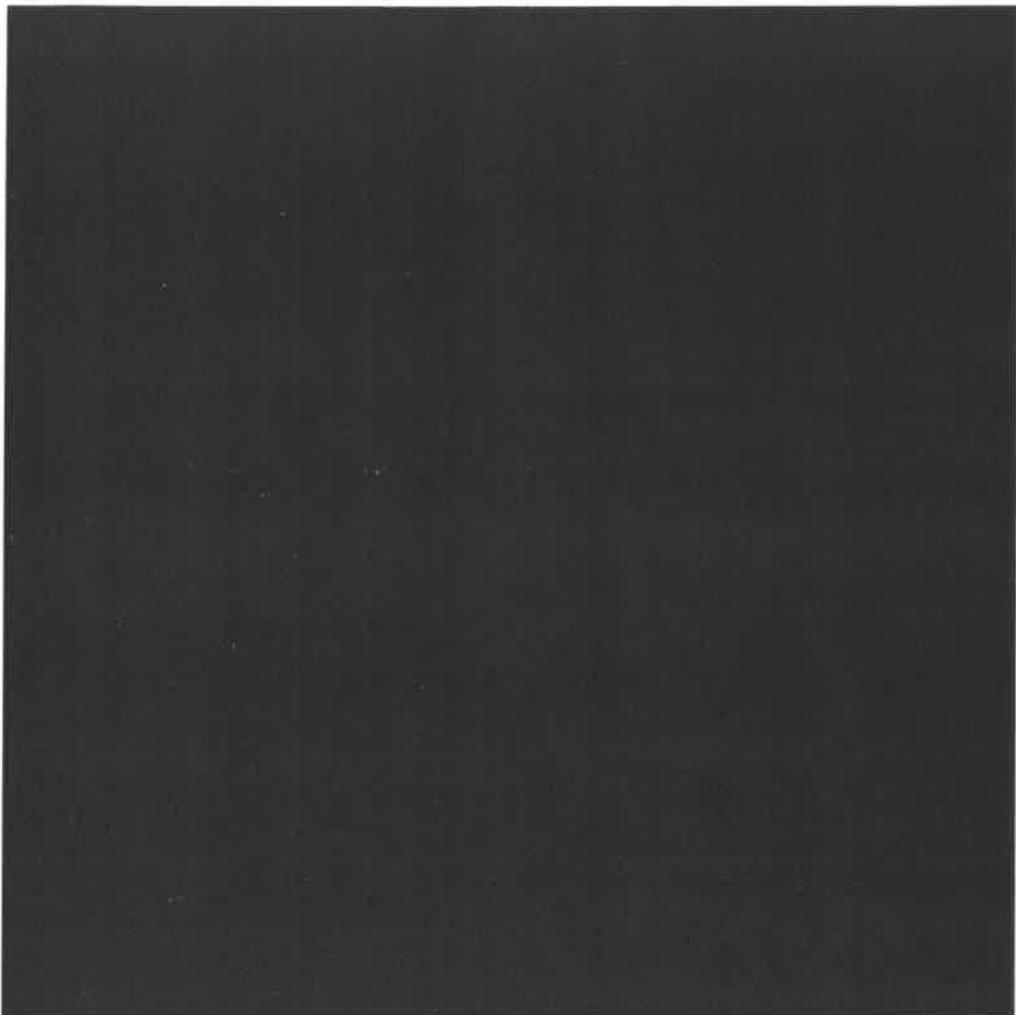
Le jour de l'inspection les repas étaient servis en salle à manger pour 24 résidents. Installés par tables de 4, seulement 2 résidents déjeunaient avec l'aide d'un professionnel. 2 résidents étaient servis en chambre et 3 autres étaient installés au RDC accompagnés par une aide-soignante en charge de l'aide au repas thérapeutique.

Les horaires des repas et les menus sont affichés dans les locaux. Le cuisinier est présent lors du service, il connaît très bien les résidents et ajuste le mieux possible les menus à leurs goûts. La direction du groupe travaille avec une centrale d'achat qui propose des trames de menus. Lors de la visite de la cuisine, la mission a pu voir les préparations à partir de fruits et légumes frais et de saison. Les gouters sont faits maison et la proposition est variée. La mission a pu constater le respect des normes d'hygiène.

Un plateau test présentant le repas du jour en texture normale, hachée et mixée a été goûté par la mission. La mission a été satisfaite de la qualité des plats indépendamment de la texture. Bien qu'un peu salé, le repas avait beaucoup de goût et la présentation était appétissante.



Les commissions « menu » et l'enquête de satisfaction permettent d'évaluer régulièrement la satisfaction des résidents. Cette vigilance est également portée par le cuisinier qui réalise fréquemment des échanges avec les résidents pour connaître les plats désirés, l'évolution de leur besoin et leur niveau de satisfaction. [REDACTED] engagement dans cette stratégie de recherche continue de la satisfaction des résidents. Il dispose d'une grande liberté dans la constitution des commandes, en tenant compte des instructions médicales affichées dans la cuisine. L'équipe d'inspection a pu constater un haut niveau de satisfaction de la part des résidents.



2. Animation

Le planning des animations est affiché dans l'établissement et un journal de bord hebdomadaire est réalisé par l'animatrice. Le programme est varié et s'adapte à la diversité des profils des résidents.



Des intervenants extérieurs contribuent aux activités :

- Un journaliste pour le groupe de paroles
- La psychologue pour les ateliers cognitifs
- La paroisse
- L'école maternelle

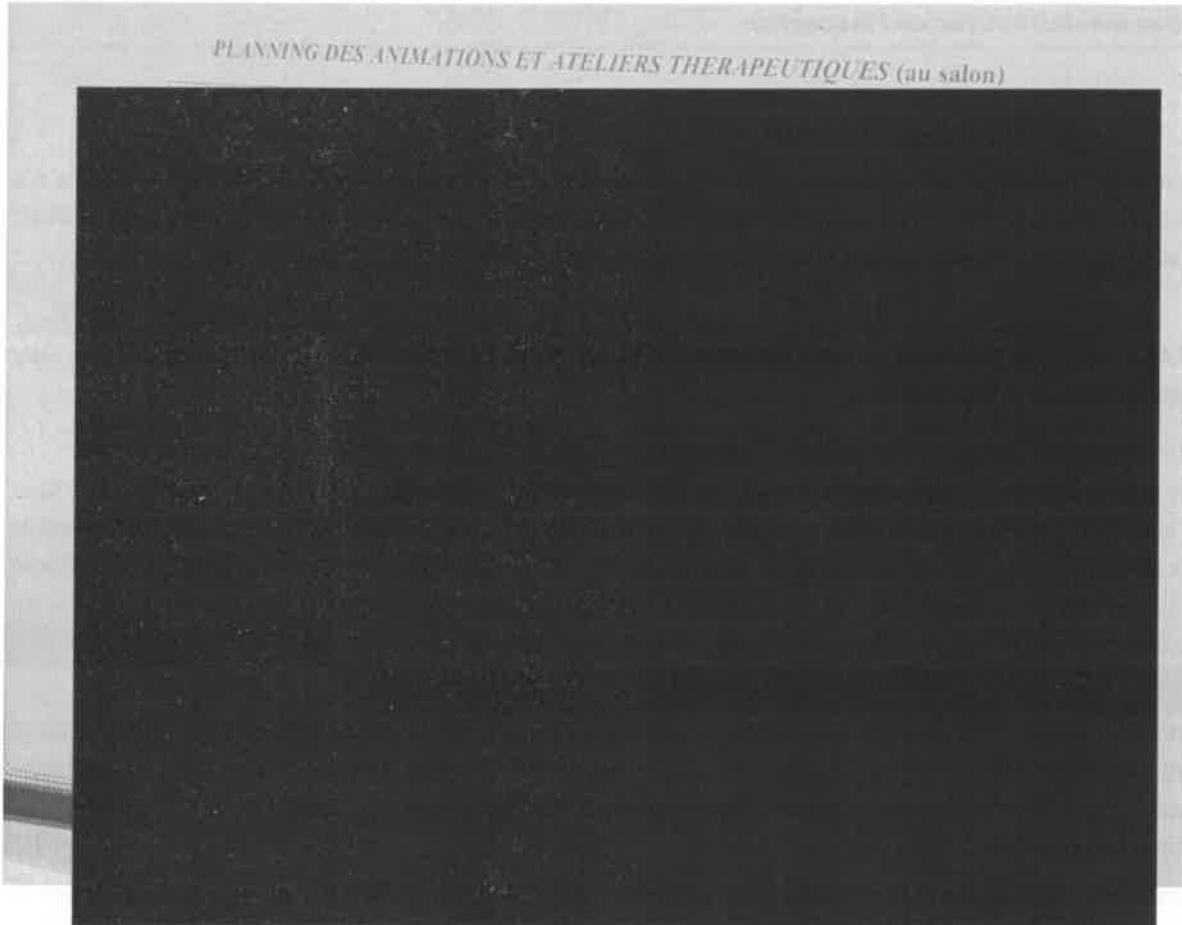
Le jour de l'inspection, des enfants [redacted] étaient accueillis et apportaient beaucoup d'animation, le projet intergénérationnel lancé en mai 2023 semblait bien engagé.

Le programme d'animation est complété par des sorties mensuelles organisées par la direction avec location de véhicule adapté telles que la visite de Fontainebleau programmée le 21 juin et la baie de Somme le 26 juillet.

La dernière commission d'animation s'est tenue le 2 juin, le compte rendu était affiché dans le hall. Il évoquait une satisfaction globale des animations et demandait à renforcer les sorties mensuelles.

Les résidents rencontrés le jour de l'inspection évoquent des différences de capacités intellectuelles ou cognitives entre les résidents. Le petit nombre de résidents ne permet pas d'avoir une fréquentation soutenue dans les activités proposées qui doivent répondre à tous les besoins des résidents.

Le planning des animations ne comprend d'ailleurs pas le week-end.



D. Hébergement

Les résidents qui le souhaitent peuvent personnaliser leur chambre en y apportant du petit mobilier ou en décorant à leur convenance les lieux.

Certains résidents confient le lavage de leur linge à leur famille ou le lavent dans leur lavabo. La perte du linge des résidents est un sujet récurrent car il est abordé dans les CVS et dans les enquêtes de satisfaction.

E. Soins

Cette partie du rapport consacrée à la prise en charge des soins par l'établissement fait l'objet d'une analyse moins détaillées que les autres développements, du fait de l'absence de médecin dans l'équipe d'inspection (changement de dernière minute), de l'arrivée très récente du Medco et de l'IDEC, et d'une répartition des GIR des résidents impliquant un besoin plus faible de médicalisation de la prise en charge par rapport aux autres EHPAD parisiens. La présente partie s'appuie principalement sur les protocoles communiqués et sur la visite sur site. Si la mission a pu identifier les lacunes de certains volets de la prise en charge du soin, elle ne peut toutefois garantir l'opérationnalité et la correcte appropriation de ces protocoles par les soignants.

La mission recommande que ce volet fasse l'objet d'une attention particulière dans le cadre des suites administratives de l'inspection.

1. Le circuit du médicament

En matière de circuit du médicament, aucune convention partenariale entre l'EHPAD et une officine n'a été transmise. La mission ne peut connaître les moyens de transmission des ordonnances de l'EHPAD à l'officine, des conseils thérapeutiques et des observations entre l'EHPAD et l'officine.

ECART 14 : L'établissement contrevient à l'article L. 5126-6-1 du CSP, en ne disposant pas d'une convention avec une officine.

Les médicaments sont stockés dans un lieu sécurisé dénommé « Pharmacie » et qui se situe en face du bureau de soins des infirmiers au 2ème étage. Ce local ferme à clef et l'accès est strictement réservé aux personnes qui en ont la nécessité. Les médicaments sont préparés par une officine de pharmacie et sont livrés sous blister tous les mercredis. L'infirmier assure une première vérification et envoie un fax à la pharmacie avec l'ordonnance dans l'éventualité d'une modification.

L'infirmier prépare les piluliers des résidents (nom, prénom et numéro de chambre) et le chariot pour la distribution des médicaments. Le local dispose également d'un coffre fermé à clef pour le stockage des stupéfiants et de deux tiroirs de médicaments tampons dont la mission d'inspection a pu s'assurer qu'ils étaient bien rangés.

Toutes les instructions nécessaires sont affichées dans le local. Celles-ci concernent également le contrôle périodique de l'ensemble du stock, la vérification des conditions de conservation des médicaments thermosensibles dans le réfrigérateur avec traçabilité.

Le protocole du circuit du médicament indique que l'aide à la prise de médicaments, la vérification de leur prise et la surveillance de leurs effets fait partie du rôle propre de l'IDE. Néanmoins, l'article R.411-4 du CSP précise que l'IDE peut assurer les actes et les soins relevant de son rôle propre « avec la collaboration d'aides-soignants ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans la limite de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. ». L'IDE (ou l'AS et sous la responsabilité de l'IDE), distribue les médicaments en se référant à la feuille de traitement, et valide la prise de tous

les médicaments administrés, y compris ceux ayant fait l'objet d'une prescription conditionnelle dans le cadre de l'urgence ou de protocole thérapeutique préétabli.



Photographie du rangement des piluliers.



Photographie du stock tampon



Photographie du coffre à stupéfiants

Les « fiches de poste » fournies et le protocole de soins mettent en évidence que la distribution des médicaments et leur traçabilité est du rôle propre et de la responsabilité de l'infirmier.

Toutefois, la distribution des médicaments est assurée la nuit par les AS. Le pilulier est préparé par l'infirmière et laissée le soir dans un lieu sécurisé à disposition des AS de nuit. Il n'existe pas de protocole de délégation pour les AS de nuit comme l'a préalablement constaté la mission.

L'établissement s'est doté d'une procédure intitulée « démarche en cas d'erreur de distribution et/ou administration des médicaments ». Cette procédure reprend les étapes suivantes :

- Prévenir l'IDE,
- Si non présence de l'IDE : prévenir la direction et contacter le SAMU,
- Déclarer l'erreur de distribution ou d'administration,
- Remplir une fiche d'évènement indésirable,
- Suivre les constantes et l'état de vigilance du résident,
- Tracer la surveillance du résident dans les transmissions ciblées.

Dans le protocole sur le circuit du médicament du protocole de soins, il est indiqué :

- L'IDE prévient le médecin traitant, à défaut le 15, le médecin coordonnateur,
- L'IDE surveille le résident selon les indications du médecin,
- L'IDE consigne dans le dossier médical du résident l'incident,
- L'IDE réalise une fiche d'évènement indésirable interne,
- L'IDEC constate et relate les faits à la famille du résident.

La conduite à tenir selon ces documents apparaît contradictoire et les responsabilités de chacun ne sont pas clairement établies.

ECART 15 : La traçabilité et les responsabilités des personnels qui ne sont pas des IDE pour la prise des médicaments la nuit ne sont pas suffisamment définies, ce qui contrevient à l'article L313-26 du CSP.

REMARQUE 29 : La conduite à tenir dans l'éventualité d'une erreur d'administration de médicament est en contradiction avec le protocole sur le circuit du médicament.

2. Le protocole de dépistage et de lutte contre la douleur :

Un protocole de dépistage et de lutte contre la douleur a été transmis. Il cite des éléments de législation et fait référence au guide HAS de 2000.

Ce protocole est très succinct et ne favorise pas la compréhension de la démarche effectuée par le soignant. Il ne permet pas d'obtenir des informations clés :

- Le professionnel chargé de faire l'évaluation,
- La traçabilité des évaluations et l'outil utilisé,
- La régularité des évaluations,
- L'existence d'une évaluation annuelle de tous les résidents,
- Les conditions de l'intervention de l'infirmier ou du médecin,
- Le mode de prise en charge pluridisciplinaire,
- L'adaptation de la réponse en fonction de l'évaluation.

ECART 16 : L'établissement ne respecte pas l'article L.1112-4 du CSP en ce qu'il ne peut être considéré que le protocole « douleur » de l'établissement permette la mise en œuvre des moyens propres à prendre en charge la douleur des résidents qu'il accueille et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert.

3. Le protocole relatif à la fin de vie

Un protocole de 4 pages relatif à la fin de vie a été transmis. Au sein de l'EHPAD Résidence Club le Montsouris, la psychologue est chargée de traiter la question des directives anticipées lors du projet d'accompagnement du résident. Il est indiqué que l'infirmière, le MEDCO et la directrice ont participé à la rédaction du protocole relatif aux soins palliatifs.

La mission relève que ce protocole ne permet pas de saisir la démarche que doit mettre en œuvre le soignant auprès du résident en fin de vie et de connaître les outils à sa disposition pour l'accompagner.

REMARQUE 30 : Les directives anticipées et la personne de confiance ne sont pas mentionnées dans le protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie, ces éléments ne figurent pas non plus dans le RAMA transmis (2021).

4. Le protocole relatif à la dénutrition

Le protocole fournit par l'établissement dresse la liste des facteurs de risques liés à la dénutrition sans évoquer le risque suicidaire et les difficultés liées à la déglutition. La surveillance du poids est un élément clef de la surveillance de la dénutrition et le protocole préconise une pesée tous les mois à jour fixe, soit le 1^{er} du mois, et tous les 15 jours lorsqu'une situation à risque a été identifiée.

Tous les résidents ne sont pas pesés tous les mois.

[REDACTED] Le protocole détaille les critères pour le diagnostic, les modalités de suivi et les mesures à mettre en œuvre. [REDACTED]

REMARQUE 31 : Les pesées des résidents ne sont pas réalisées tous les mois.

5. L'évaluation multidimensionnelle

Il a été indiqué à la mission que l'établissement ne pratique pas d'évaluation multidimensionnelle et ne possède pas, de fait, de données systématiques sur l'état de santé des résidents en rapport avec ces évaluations.

L'extraction des données des tests réalisés dans le cadre des évaluations multidimensionnelles pour l'ensemble des résidents (2021 et 2022) n'a pas été communiquée à la mission.

Plusieurs éléments mentionnés dans les protocoles de soins et sur [REDACTED] de l'EHPAD ne sont plus ou pas mis en œuvre ou dans certains cas il n'existe pas de documents conventionnels. C'est notamment le cas de la mise en place de l'HAD, la prise en charge au niveau des urgences hospitalières, l'association à un réseau gérontologique et l'accompagnement par une équipe mobile pour des soins palliatifs. En effet, comme évoqué dans le cadre de la partie sur les partenariats, la convention passée avec l'Hôpital [REDACTED], son actualisation apparaît nécessaire.

6. Les autres protocoles

Enfin, l'équipe d'inspection a également pris connaissance des 7 autres protocoles dont dispose l'établissement, mais souhaite relever dans ce rapport qu'ils ont été élaborés afin d'accompagner l'équipe soignante dans la prise en charge des résidents. Ces protocoles concernent :

- La chute,
- La fugue,
- La contention physique,
- L'escarre,
- Le risque suicidaire,
- Le décès.

Le protocole pansement n'a pas été communiqué à la mission.

Certaines actions essentielles ne sont pas prévues, par exemple, dans le protocole « chute » il n'est pas précisé de déclarer un évènement indésirable suivant la gravité de la situation. Dans le protocole « fugue », il est bien précisé que la directrice doit déclarer un évènement indésirable grave, il convient également de le signaler concomitamment à la Ville de Paris. De plus, la déclaration doit intervenir dès la survenue de l'incident et non à la fin (délai maximal de 48 h). Le protocole sur les contentions ne précise pas les modalités d'accompagnement du résident ni le mode de surveillance à établir dans une logique préventive.

Enfin, en l'absence de MEDCO et d'IDEC dans l'établissement pendant plusieurs mois, ces protocoles n'ont pas été appliqués de façon régulière et continue. Un travail de réécriture de ces protocoles apparaît nécessaire afin de renforcer leur cohérence et leur opérationnalité. En plus de l'énonciation des principes, il convient notamment de préciser dans les protocoles la fréquence de réalisation des actions, les personnes responsables et celles impliquées. Ces protocoles doivent également mettre en évidence la traçabilité des interventions et le mode de prise en charge pluridisciplinaire.

Dans la mesure où, l'établissement ne pratique pas d'évaluation multidimensionnelle, qu'il ne dispose de peu de partenariats extérieurs (cf partie « partenariats »), que l'encadrement médical a été absent ou présent sur un temps court pendant une longue période et qu'il a connu un fort renouvellement de ses équipes, celui-ci se trouve dans l'incapacité de déployer le volet interne du projet de soins qui concerne « les modalités d'organisation au sein de l'établissement, en fonction de l'état de santé des résidents et les dispositions prises pour coordonner les divers intervenants ». Dans ces conditions, l'équipe a dû assurer la prise en charge quotidienne des résidents et l'adapter suivant l'évolution des prescriptions médicales, sans être en capacité d'engager d'autres actions comme le dépistage ou une stratégie de prévention. Cette situation rend d'autant plus importante l'exhaustivité et l'opérationnalité des protocoles et leur bonne appropriation.

La mission constate qu'un important travail interne sera nécessaire pour faire évoluer l'organisation actuelle des soins reposant jusque-là principalement sur les IDE en l'absence des postes d'encadrement du soin.

VII. Relations avec l'extérieur

A. Coordination avec les autres secteurs et partenariats

1) Intervenants libéraux

L'établissement dispose de 6 médecins traitants intervenant pour les résidents de l'établissement. La direction indique que la disponibilité selon les médecins est très variable. Grâce à ce réseau, aucun résident n'est dépourvu de médecin traitant. Il est régulièrement proposé aux résidents qui ont besoin de plus de suivi, la désignation d'un médecin traitant qui assure le suivi de la très grande majorité des résidents et que se déplace régulièrement au sein de l'établissement (toute les semaines selon la déclaration de la direction).

Il est indiqué à la mission les interventions des personnels paramédicaux suivants :

- Deux kinésithérapeutes conventionnés
- Un orthophoniste
- Un pédicure-podologue

La prise de rendez-vous est effectuée par les IDE.

L'établissement ne dispose pas d'équipements de téléconsultation ou de télé-expertise.

2) Partenariats extérieurs

En matière d'hospitalisation à domicile, la direction indique ne pas avoir besoin à ce stade de l'intervention d'équipes de HAD. L'équipe d'inspection constate que la direction n'a pas connaissance d'un partenariat en la matière, alors même que les documents analysés indiquent la prise en charge de patient par l'HAD de [REDACTED]

[REDACTED] Il n'existe pas de partenariat avec une unité cognitivo-comportementale.

L'établissement a signé un protocole avec l'hôpital [REDACTED] qui prévoit des dispositions pour la prise en charge en urgence des patients de l'EHPAD et le recours à des consultations spécialisées sous forme d'avis par l'hôpital (en matière d'urgences, gériatrie, orthopédie). Ce protocole a été signé le 24 octobre 2005. C'est également l'hôpital privilégié en cas d'hospitalisation.

La durée de ce protocole étant de 1 an, renouvelable par tacite reconduction, la mission s'interroge sur le caractère opérant de ce protocole 18 ans après sa signature.

Concernant les autres types de partenariat, la direction indique qu'en l'absence de médecin coordonnateur, il n'a pas été mis en place de partenariats relatifs à la prise en charge en service de chirurgie ou de psychiatrie.

L'établissement a passé un contrat de prestations de services en biologie médicale en 2018 avec le laboratoire de biologie médicale [REDACTED]. Ce contrat communiqué à la mission n'est cependant pas signé par les deux parties.

Il en est de même pour le partenariat avec le transporteur Ambulances [REDACTED]. Le contrat est uniquement signé par le transporteur.

Un lien est évoqué avec la pharmacie [REDACTED] mais aucun document attestant de la formalisation du partenariat n'a été transmis (l'ancien projet d'établissement mentionne une convention signée pour l'élaboration des semainiers).

Ainsi, en l'absence de partenariat avec une équipe mobile gériatrique, une équipe mobile de gérontopsychiatrie, une équipe mobile de soins palliatifs (alors même qu'un besoin a déjà été exprimé) ou un centre de radiologie, l'établissement fait état de ces 3 seuls partenariats.

L'établissement n'est pas non plus partie prenante d'un réseau gériatrique.

La direction déclare collaborer avec la clinique [REDACTED] pour faciliter les admissions post soins de suite et de réadaptation.

L'étude de l'ancien projet d'établissement, qui n'est plus un document de référence dans la gestion courante de l'EHPAD et qui est visiblement tombé en désuétude, mentionne d'autres partenariats en matière de HAD, de réseau de santé pour les résidents atteints d'une maladie grave évolutive et de matériel médical [REDACTED]. Il apparaît toutefois clairement à la mission que ces liens, non mentionnés lors de la visite et sans fondement formalisé, ne sont plus actifs. Ceci peut s'expliquer par le turn-over important qu'a connu la direction de cet EHPAD qui n'a pas permis de pérenniser les partenariats initiés dans le passé.

La direction a déclaré à l'équipe d'inspection vouloir missionner le nouveau médecin coordonnateur afin de faire évoluer cette situation.

ECART 17 : Il ressort de l'analyse générale des partenariats tels que présentés à la mission et étudiés par celle-ci que l'EHPAD n'a pas inscrit son action dans une logique de coordination gériatrique locale et n'entretient pas de lien avec des équipes mobiles spécialisées, ce qui est de nature à porter préjudice à la bonne prise en charge de ses résidents. De ce fait, l'établissement contrevient à l'article D312-155-0 du CASF.

Comme évoqué plus tôt, les documents contractuels relatifs aux partenariats de l'établissement n'ont pas tous été retrouvés et ne sont pas toujours signés par les parties.

Pour ce qui relève des partenariats dans le cadre des activités et animations proposées aux résidents, la mission relève l'engagement de la direction et des équipes. Un partenariat a été initié avec une école et a permis de mettre en place une rencontre hebdomadaire intergénérationnelle très appréciée des résidents, comme a pu le constater l'équipe d'inspection. Un prêtre intervient également régulièrement dans l'établissement (notamment lors des célébrations de fin d'année).

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

N°	Liste des écarts relevés par la mission
GOUVERNANCE	
E1	<p>La pratique de l'accueil temporaire ayant été menée en dehors du cadre de l'autorisation, l'établissement contrevient à l'article D312-9 du CASF. De plus, les modalités de fonctionnement et les conditions de tarification de l'accueil temporaire suivent des règles édictées dans aucun document administratif ce qui nuit au principe de bonne information du résident et de bonne gestion de l'établissement en l'absence de toute formalisation.</p>
E2	<p>Concernant le médecin coordonnateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il n'a pas signé de contrat avec l'établissement conformément à l'article D312-159-1 du CASF - Il n'est pas titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ni d'une attestation de formation continue comme prévu à l'article D312-157 du CASF. - Son inscription à l'ordre des médecins n'a pas été vérifiée par la structure ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF et à l'article L4112-5 du CSP.
E3	<p>En ne disposant pas d'un projet d'établissement à jour, définissant ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement, l'établissement contrevient à l'article L311-8 du CASF.</p>
E4	<p>Le règlement de fonctionnement ne contient pas l'ensemble des dispositions obligatoires prévues aux articles R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF</p>
E5	<p>Concernant le CVS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les dispositions du décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2023 ne sont pas appliquées de façon systématique. - La mission note que les CR du CVS ne sont pas tous signés par la présidente et les autorités administratives compétentes ne sont pas destinataires des CR, ce qui contrevient à l'article D311-20 du CASF. - Le CVS n'est pas avisé des dysfonctionnements ou des évènements indésirables qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure survenus dans l'établissement ainsi que des actions correctrices mises en œuvre, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R331-10 du CASF.
E6	<p>La doctrine de signalement des dysfonctionnements graves et évènements indésirables n'est pas formalisée de façon claire pour distinguer les différentes situations et leur traitement. L'établissement ne signale pas tous les évènements indésirables et les dysfonctionnements graves aux autorités compétentes en violation des articles L.331-8-1, R 331-8 et R331- 9 du CASF.</p>

FONCTIONS SUPPORTS	
E7	La répartition des missions entre les aides-soignants et les autres professionnels, notamment quant à la réalisation des soins, ne garantit par le respect des articles L.4391-1 et R.4311-4 du CSP, D.451-88 et 89 du CASF, et arrêté du 10 juin 2021.
E8	L'établissement n'a pas encadré la distribution des médicaments par les aides-soignants en violation des articles L.313-26 et D.312-155-0 du CASF.
E9	En ne pourvoyant pas au remplacement des salariés absents de façon systématique et en ne garantissant pas la continuité des prises en charge en soins et à l'accompagnement du résident, du fait d'équipes non stabilisées et d'un recours élevé aux CDD, l'établissement contrevient à l'article L 311-3 du CASF et L 1110-1 du CSP.
E10	Les dossiers des infirmiers ne contiennent pas de façon systématique l'inscription ordinaire. De plus, les titulaires d'un diplôme d'aide-soignant obtenu hors de France devraient détenir une autorisation d'exercice conformément aux articles L.4311-3 et 15, L.4391-1 et 2 du CSP.
E11	Le contrat de séjour signé n'est pas dans ■dossiers sur les 12 dossiers que la mission d'inspection a pu consulter, ce qui contrevient à l'article L311-4 du CASF.
E12	En ne garantissant pas plusieurs conditions de sécurité du bâtiment, notamment l'accès à la cage d'escaliers, l'accès à des fenêtres non sécurisées, la circulation à risque du fait de pentes non indiquées, la surveillance du principal accès, l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF en ce qu'il n'offre pas un cadre sécurisé.
PRISE EN CHARGE	
E13	Il n'est pas donné systématiquement d'avis médical lors des admissions des personnes à accueillir, alors même que cet avis est obligatoire suivant l'article D312-158 du CASF.
E14	L'établissement contrevient à l'article L. 5126-6-1 du CSP, en ne disposant pas d'une convention avec une officine.
E15	La traçabilité et les responsabilités des personnels qui ne sont pas des IDE pour la prise des médicaments la nuit ne sont pas suffisamment définies, ce qui contrevient à l'article L313-26 du CSP.
E16	L'établissement ne respecte pas l'article L.1112-4 du CSP en ce qu'il ne peut être considéré que le protocole « douleur » de l'établissement permette la mise en œuvre des moyens propres à prendre en charge la douleur des résidents qu'il accueille et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert.
RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR	
E17	Il ressort de l'analyse générale des partenariats tels que présentés à la mission et étudiés par celle-ci que l'EHPAD n'a pas inscrit son action dans une logique de coordination gériatrique locale et n'entretient pas de lien avec des équipes mobiles spécialisées, ce qui est de nature à porter préjudice à la bonne prise en charge de ses résidents.. De ce fait, l'établissement contrevient à l'article D312-155-0 du CASF.

Remarques

N°	Liste des remarques relevées par la mission
GOUVERNANCE	
R1	L'évaluation du GIR de [REDACTED] résidents n'a pas été réalisée au jour de l'inspection. Pour [REDACTED] de ces résidents, compte tenu de leurs dates d'entrée, l'établissement a dépassé le délai habituel nécessaire à la réalisation de l'évaluation, soit un mois.
R2	Le CPOM, levier de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des accompagnements, n'est pas suffisamment pris en compte dans le pilotage de l'établissement.
R3	En l'absence de procédure interne d'astreinte, la continuité des missions de direction n'est pas garantie ce qui présente un risque pour la sécurité des résidents ainsi que du personnel. Cette continuité n'est d'ailleurs pas assurée actuellement du fait de l'absence de la directrice en congé maladie, en l'absence de toute forme de délégation.
R4	Cette instabilité met en difficulté l'établissement tant dans sa gestion courante que dans sa capacité à s'inscrire dans une logique de projet. En plus de rendre fragile les récentes améliorations dans l'organisation de l'EHPAD, elle obère toute perspective d'évolution sur le long terme et freine la mise en place ou le suivi de la plupart des dispositifs structurants et sécurisants de l'établissement tels que le projet d'établissement ou le suivi du plan d'action relatif à l'amélioration de la qualité.
R5	Le règlement de fonctionnement n'apparaît pas entièrement finalisé et comprend des incohérences. De plus, il n'a pas été présenté et approuvé à la réunion du CVS qui a suivi sa mise à jour.
R6	Le plan bleu est très difficilement lisible ce qui nuit à son appropriation, notamment en temps d'urgence.
R7	L'établissement n'organise pas de réunions d'équipe en dehors des temps de transmission soignant ce qui nuit à la bonne communication en interne.
R8	L'affichage des informations pour les victimes de maltraitance ne correspond pas au territoire parisien.
R9	Il existe une confusion entre les plaintes, les réclamations et les évènements indésirables rendant peu lisible les procédures applicables.
FONCTIONS SUPPORTS	
R10	L'établissement n'a pas transmis l'ensemble des recrutements, particulièrement ceux qui ont été effectués par intérim sur l'année écoulée.

R11	L'établissement n'a pas mis en place de groupes d'analyse des pratiques afin d'accompagner et d'améliorer la prise en charge des résidents par les professionnels.
R12	Les documents fournis à la mission sous le nom de « fiches de poste » sont assimilables à des fiches de tâches heureuses. Il convient de distinguer ces documents qui ne présentent ni la même nature ni le même rôle. De fait, les personnels de l'EHPAD ne disposent pas de fiches de poste mentionnant notamment la nature du poste, le positionnement hiérarchique, les compétences et le savoir-être requis.
R13	Les fiches de tâches heureuses IDE et AS ne distinguent pas suffisamment la répartition et l'organisation des activités de soins.
R14	L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion des absences imprévues ou programmées.
R15	<p>En matière de formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le plan de développement des compétences n'explique pas la stratégie de formation du personnel et d'amélioration des pratiques au sein de l'établissement. - De plus, la programmation des formations ne met pas suffisamment l'accent sur les formations relatives à l'accompagnement des résidents (bientraitance, troubles sensoriels, ..) et ne prévoit pas de formations permettant aux salariés de distinguer et de traiter les EI/EIGS et les dysfonctionnements graves. Il n'est pas non plus désigné une personne ressource qui pourrait être chargée de la sensibilisation et des formations. - Enfin, la réalisation du plan ne fait pas l'objet d'un suivi formalisé ce qui ne permet pas d'assurer la participation des agents à ces formations.
R16	L'établissement ne dispose pas d'un protocole d'accueil des nouveaux professionnels alors même que l'accompagnement et l'intégration dès les premiers jours pourraient permettre d'améliorer la qualité de vie au travail et la stabilité des équipes.
R17	Les dossiers du personnel ne sont pas tous complets et à jour.
R18	L'établissement n'a pas constitué de dossiers administratifs pour les professionnels libéraux qui interviennent auprès des résidents.
R19	La traçabilité de la prise des médicaments pour les professionnels de nuit n'est pas précisée dans la fiche de tâches heureuses communiquée (dénommée « fiche de poste »).
R20	Les dossiers des résidents ne sont pas tous complets et à jour.
R21	Les documents contractuels relatifs aux partenariats de l'établissement n'ont pas tous été retrouvés et ne sont pas toujours signés par les parties.
R22	Il n'est pas procédé au suivi périodique du parc mobilier afin de permettre le cas échéant de programmer des réparations ou de renouveler le matériel.
R23	Alors même que l'établissement héberge des personnes connues pour risque de fugue, le système anti fugue de l'établissement ne garantit pas suffisamment la surveillance systématique de l'entrée et de la sortie de l'établissement.
R24	Il n'est pas prévu l'enregistrement des entrées et sorties des visiteurs et personnels extérieurs dès leur entrée.

R25	Certains temps de réponse aux appels malade sont excessivement longs ce qui fait courir un risque pour les résidents en cas d'urgence.
PRISE EN CHARGE	
R26	La procédure d'admission est insuffisamment formalisée et ne permet pas de distinguer clairement les responsabilités, les actions et les objectifs poursuivies. De plus, il n'est pas fait mention de documents à délivrer obligatoirement à tout résident (livret d'accueil, règlement de fonctionnement) alors même que la direction a indiqué transmettre systématiquement ces documents.
R27	Le règlement de fonctionnement formule de façon insuffisamment sécurisante pour la stabilité du résident les conditions suivant lesquelles il peut être mis fin à la prise en charge du résident dans la structure, à la suite ou plusieurs années après son admission.
R28	Si la mission constate l'existence d'une procédure formalisée pour la mise en œuvre et le suivi des PAP, celle-ci gagnerait à être clarifiée et elle ne fait pas l'objet d'une appropriation par les professionnels et ne permet pas une réelle individualisation de la prise en charge.
R29	La conduite à tenir dans l'éventualité d'une erreur d'administration de médicament est en contradiction avec le protocole sur le circuit du médicament.
R30	Les directives anticipées et la personne de confiance ne sont pas mentionnées dans le protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie, ces éléments ne figurent pas non plus dans le RAMA transmis (2021).
R31	Les pesées des résidents ne sont pas réalisées tous les mois.

Conclusion

La mission, au travers des entretiens qu'elle a pu mener, a constaté les atouts et forces sur lesquelles l'établissement peut compter. L'établissement dispose en effet d'une équipe à l'écoute des résidents, vigilante quant à la qualité de la prise en charge. La direction fait preuve d'un grand engagement et travaille à l'affirmation des valeurs de l'établissement au quotidien. L'établissement a gardé un esprit familial du fait de sa petite taille et accueille des personnes dont le niveau d'autonomie demeure relativement élevé.

Malgré ces points positifs, la visite sur site et l'analyse des documents demandés (et en grande partie communiqués à la mission) ont mis en lumière les difficultés et les fragilités de l'établissement. La contrainte bâimentaire étant une première difficulté sur laquelle l'établissement n'a pas de véritable prise. Le turn-over des équipes et les difficultés de recrutement sont également une difficulté majeure obéissant certains efforts d'amélioration de la qualité et sur laquelle il convient de renforcer les efforts. Le manque de formalisation et d'appropriation des procédures a également été constaté par la mission, alors même que ces ressources sont des garanties minimales, d'autant plus essentielles dans un contexte d'instabilité du personnel. Certains points de vigilance constatés dans le rapport apparaissent comme des préoccupations d'importance majeure pour l'équipe. Il s'agit notamment du manque de sécurisation des locaux, d'organisation de la continuité des missions de direction et l'absence de véritable projet médical et d'une vision de long terme. La mission est particulièrement préoccupée eu égard au départ prochain d'un très grand nombre de professionnels (à court terme : directrice, adjoint, psychologue, animatrice, et à moyen terme : psychomotricien). Dans ces conditions, l'équipe d'inspection s'interroge sur la capacité de l'établissement à engager les actions nécessaires pour se mettre en conformité avec les normes.

A la lumière des nombreux constats qu'elle a pu faire, la mission encourage l'établissement et le gestionnaire à rechercher dans la mutualisation des moyens et dans l'appui régional des leviers pour pallier le manque de temps administratif de cette structure de petite taille. Cet appui permettrait la formalisation d'outils, la réalisation de formations internes, l'analyse des pratiques et soutiendrait l'important travail à mener pour actualiser les documents cadres existants.

Paris, le 03/08/2023

La coordonnatrice de la mission, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation départementale de Paris de l'ARS Ile-de-France



Le responsable de la mission inspection des ESMS, Sous-direction de l'Autonomie, Direction des Solidarités, Ville de Paris



La chargée de contrôle des ESMS parisiens, Sous-direction de l'Autonomie, Direction des Solidarités, Ville de Paris



Glossaire

ADN : acide désoxyribonucléique.

AMP : Auxiliaire médico-psychologique

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-soignant

C : conforme

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CCG : Commission de coordination gériatrique

CDD : Contrat à durée déterminée

CDI : Contrat à durée indéterminée

CDS : Contrat de séjour

CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés

CNR : Crédits non reconductibles

Covid : Corona Virus disease

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

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/EIG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave

EMGE : Equipe mobile de gériatrie externe

EMPP : Equipe mobile psychiatrie précarité

EMSP : Equipe mobile de soins palliatifs

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

PVI : 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

SASU : Société par Actions Simplifiée Unipersonnelle

UHR : Unité d'hébergement renforcée

UVP : Unité de vie protégée

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés de l'inspection



Délégation départementale de Paris, ARS Ile-de-France

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

Affaire suivie par : Marjolaine GARONNAIRE
Courriel : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

Madame Marjolaine GARONNAIRE, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, chargée de la coordination des JOP pour le territoire parisien, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé Ile-de-France

Monsieur Frédéric MUSSO, responsable de la mission inspection des ESMS, Sous-direction de l'Autonomie, Direction des Solidarités, désigné sur le fondement de l'article L. 333-2 du CASF par la Ville de Paris,

Madame Dominique GRUJARD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, Sous-direction de l'Autonomie, Direction des Solidarités, Ville de Paris

Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du CSP, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé Ile-de-France

Madame Diana DINU, chargée de mission Secteur Personnes Agées, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé Ile-de-France

Saint-Denis, le 13 juin 2023

Mesdames, Monsieur,

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection de la Résidence Club le Montsouris (FINESS 750007809) situé au 18 bis-20 rue Alésia, 75014 Paris, gérée par le groupe « Domidep », et qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles d'accueil et de prise en charge des résidents ainsi que l'organisation et le fonctionnement de la structure.

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
[REDACTED]

94088 Quai de la Rapée
75012 Paris
[REDACTED]

La mission comprendra :

Pour sa composante Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France (ARS IDF) :

- Madame Marjolaine GARONNAIRE, coordonnatrice de la mission d'inspection inspectrice de l'action sanitaire et sociale, chargée de la coordination des JOP pour le territoire parisien, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé Ile-de-France
- Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du CSP, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé Ile-de-France
- Madame Diana DINU, chargée de mission Secteur Personnes Agées, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé Ile-de-France

Pour sa composante Ville de Paris :

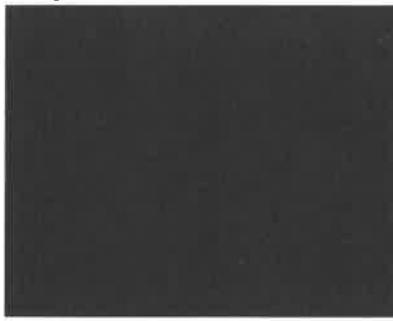
- Monsieur Frédéric MUSSO, responsable de la mission inspection des ESMS, Sous-direction de l'Autonomie, Direction des Solidarités, désigné sur le fondement de l'article L. 333-2 du CASF par la Ville de Paris,
- Madame Dominique GRUJARD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris.

L'inspection sera réalisée sur le mode inopiné et débutera à compter du **19 Juin 2023 à 9h00**. Elle comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer. Elle pourra s'adjointre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

Un rapport nous sera remis dans un délai de deux mois à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L. 121-1 du code des relations entre le public et l'administration. Nous notifierons les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

Toutefois, si les constats qui seront faits conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du CASF, une proposition de mesures adaptées nous sera transmise dans les meilleurs délais.

La Directrice adjointe de la Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé Ile-de-France



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



Annexe 2 : Liste des documents demandés

Liste (non exhaustive) des documents à remettre à la mission :

Consignes de lecture :

- « Transmis » : document transmis
- « Consulté » : consulté par l'équipe d'inspection lors de la visite
- « Partiellement transmis » : certains des documents demandés ont bien été transmis.
- « Sans objet » : ne concerne pas l'EHPAD
- « Non transmis » : aucun document n'a été transmis ou le document transmis ne correspond pas au document demandé (ex : plus en vigueur)

N°	Nature du document demandé immédiatement dans une chemise avec le N° correspondant.	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	Transmis/ Consulté
A	<i>Liste nominative des résidents</i> par chambre admis à ce jour avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, bénéficiaire aide sociale et leur GIR (format [redacted] et non pdf) ;	1 copie + sur clef USB	Transmis
B	<i>Liste nominative des professionnels</i> intervenant au sein de l'EHPAD (titulaires, CDI/CDD, stagiaires, libéraux etc..) avec leur fonction, affectation, présents/absents/poste vacant et date de recrutement (format [redacted] et non pdf)	1 copie + sur clef USB	Transmis
C	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	1 copie + sur clef USB	Transmis
D	Liste des membres du CVS	1 copie + sur clef USB	Transmis
E	Plannings des professionnels soignants pour le mois en cours et le mois précédent	1 copie + sur clef USB	Transmis
F	Organigramme nominatif de l'EHPAD	1 copie + sur clef USB	Transmis
G	Un plan des locaux	1 copie + sur clef USB	Transmis
H	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	Consultation	Consulté

N°	Nature du document demandé avec un délai	Copie USB	(s/clé avec	Transmis/Consulté

		numéros) ou consultation	
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, médecin prescripteur et de l'IDEC	Clé USB	Partiellement transmis
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, de l'IDEC et médecin prescripteur Clé USB	Clé USB	Partiellement transmis
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Clé USB	Transmis
4	Subdélégation de l'adjoint de direction	Clé USB	Non transmis
5	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Clé USB	Transmis
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Clé USB	Transmis
7	Planning des astreintes des 6 derniers mois	Clé USB	Non transmis
8	Statut juridique du gestionnaire	Clé USB	Transmis
9	Procès-verbaux des assemblées générales, conseils d'administration et bureaux de l'organisme gestionnaire 2020/2021/2022	Clé USB	Non transmis
10	Comptes rendus des CODIR avec l'organisme gestionnaire réalisés en 2021 et 2022 et 2023	Clé USB	Non transmis
11	Comptes rendus des CODIR EHPAD réalisés en 2021 et 2022 et 2023	Clé USB	Transmis
12	Comptes rendus des réunions d'équipes	Clé USB	Transmis
13	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	Consulté
14	Outils loi 2002 (Livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement)	Clé USB	Transmis <i>Livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement : Déjà transmis à la DSOL</i>
15	Dernière évaluation externe et interne et le suivi du plan d'actions	Clé USB	Transmis <i>Evaluation interne 2014 et externe 2018 : déjà transmis à la DSOL</i>

16	Comptes rendus des réunions des CVS 2021,2022,2023 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Clé USB	Transmis
17	Comptes rendus des réunions avec les familles 2021/2022/2023	Clé USB	Non transmis
18	Projet d'établissement	Clé USB	Non transmis (ancien projet d'établissement transmis)
19	Plan d'amélioration continue de la qualité	Clé USB	Transmis
20	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2020,2021,2022,2023 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	Clé USB	Transmis
21	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Clé USB	Transmis
22	Procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des événements indésirables dont ceux associés aux soins : - procédure présentant le type d'EI à déclarer et modalités de déclaration - extraction/copie du registre d'enregistrement des EIG déclarés aux autorités de contrôle et plans d'action corrective mis en œuvre (N et N-1)	Clé USB	Transmis <i>Via document 20 et 21</i>
II	Fonction support		
23	Liste nominative des personnels CDD en 2021,2022 et janvier à février 2023	Clé USB	Transmis
24	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (<u>tableau</u> [redacted] et non pdf)	Clé USB	Transmis
25	Procédure accueil du nouveau salarié	Clé USB	Transmis
26	Extraction <u>sous</u> fichier [redacted] du Registre unique du personnel	Clé USB	Transmis
27	Plannings des équipes de soins jour/nuit et ASH des 3 derniers mois (y-compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur + plannings réalisés de juin et de juillet + planning prévisionnel de novembre	Clé USB	Transmis

	Précision de la légende des sigles utilisés		
28	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Clé USB	Transmis
29	Dossiers RH des salariés	Consultation	Consultés
30	Copie des registres des délégués du personnel	Consultation	Non consulté
31	Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)	Clé USB	Transmis
32	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation	Non consulté
33	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1, M en cours et août 2022)	Clé USB	Transmis
34	Extraction du journal appel malades de J, J-1 et de la nuit écoulée	Clé USB	Transmis
35	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	Clé USB	Transmis
36	Contrats de location des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours Équipement de l'EHPAD en rails, lèves personnes et chariots douches ?	Clé USB	Transmis <i>Pas de contrats de l'EHPAD</i>
37	Factures 2021 et 2022 des locations (lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres, ascenseur)	Clé USB	Non transmis

III- Prise en charge

38	Liste nominative des résidents admis à ce jour avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance ou âge, date d'entrée, date de PVI, bénéficiaire aide sociale, protection juridique (format [REDACTED] et non pdf)	Clé USB	Transmis
39	Procédure d'admission	Clé USB	Transmis
40	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation	Consultés
41	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI	Clé USB	Transmis
42	Liste nominative des médecins traitants des résidents	Clé USB	Transmis
43	Rapport de la commission gériatrique annuelle et dates de réunions 2021,2022	Clé USB	Non transmis
44	Planning des animations des 3 derniers mois	Clé USB	Transmis
45	Enquête de satisfaction 2021 et 2022	Clé USB	Transmis
46	Menus des 3 derniers mois	Clé USB	Transmis
47	Les fiches de tâches heureées et fiches de poste des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	Clé USB	Transmis

48	Les conventions de stage des élèves stagiaires présents le jour de la visite d'inspection	Clé USB	Sans objet
49	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	Clé USB	Partiellement transmis
50	Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Clé USB	Transmis
51	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Clé USB	Non transmis
52	Liste des protocoles de soins et communication des protocoles suivants : chute, douleur, escarres, pansements, dénutrition, contentions, risque suicidaire	Clé USB	Partiellement transmis
53	Liste nominative des résidents ayant des repas enrichis, mixés ou hachés ; des résidents avec régime	Clé USB	Transmis
54	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne	Consultation	Sans objet
55	DARI - Document d'Analyse des Risques Infectieux -	Clé USB	Transmis <i>Document de 2020</i>
56	Nombre de chutes répertoriées, année 2021,2022	Clé USB	Transmis
57	Extraction des données de suivi nutritionnel : poids/IMC/Albumine : année 2021-2022 (format [REDACTED]) Extraction des données des tests réalisés dans le cadre des évaluations multidimensionnelles pour l'ensemble des résidents, année 2021-2022 (format [REDACTED])		Partiellement transmis
58	Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés années 2021-2022	Clé USB	Partiellement transmis
59	Vaccination COVID dernière dose de rappel réalisée en interne par l'EHPAD : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés à ce jour	Clé USB	Partiellement transmis
60	Deux derniers rapports annuels d'activité médicale (RAMA)	Clé USB	Partiellement transmis <i>2021 mais pas 2022</i>
IV- Relations avec l'extérieur			
61	Dernier Plan bleu	Clé USB	Transmis <i>2022 : déjà transmis à la DSOL</i>

62	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé publics et privés au titre de la continuité des soins (urgences/MCO/Psychiatrie)	Clé USB	Partiellement transmis
63	Conventions signées avec l'équipe mobile gériatrique (EMG), les réseaux de soins palliatifs, les services de hospitalisation à domicile (HAD)	Clé USB	Non transmis

Les pièces manquantes devront être transmises dans les meilleurs délais aux adresses mail suivantes :



en mettant en objet : Documents Inspection EHPAD Résidence Club le Montsouris

Annexe 3 : Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection.

- Directrice
- Adjoint de direction
- Directrice régionale de Domidep
- Une animatrice également aide-soignante
- Deux résidents
- Cuisinier
- Deux AS
- L'IDEC
- IDE



13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
[REDACTED]

94/96 Quai de la Rapée
75012 Paris
[REDACTED]
paris.fr

77/77

