

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
« Les Jardins de Montmartre »
18 rue Pierre Picard 75018 Paris
N° FINESS 750000366**

**RAPPORT DE CONTRÔLE
N° 2023_IDF_00225
Contrôle sur pièces du 17/04/2023**

Mission conduite par

- Madame Firyel ABDELJAOUAD, coordonnatrice de la mission, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris
- Madame Christel ROUGY, ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, conseillère médicale, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Madame Sylvie DRUGEON ingénieure du génie sanitaire, responsable du Pôle Santé environnement, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation départementale de Paris, ARS Ile-de-France

Textes de référence

- Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles
- Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique
- Article L.1435-7 du Code de la santé publique

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	6
Contexte de la mission de contrôle.....	6
Modalités de mise en œuvre	6
Présentation de l'établissement.....	7
Constats.....	9
Gouvernance	10
Conformité aux conditions de l'autorisation.....	10
Management et Stratégie.....	10
Animation et fonctionnement des instances de participation des familles.....	13
Gestion de la qualité.....	14
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	15
Gestion des ressources humaines.....	18
Prises en charge.....	24
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	24
Respect des droits des personnes	27
Soins.....	27
Coordination avec les autres secteurs.....	29
Risques environnementaux.....	30
Récapitulatif des écarts et des remarques	31
Conclusion	36
Glossaire.....	38
Annexes	39
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	39
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	41

Synthèse

<u>Données générales sur l'établissement</u>			
Nom	Les Jardins de Montmartre	Capacité hébergement permanent	98
Adresse	18 rue Pierre Picard	Places habilités aide sociale	
Arrondissement	75018	Présence d'une UVP	
Gestionnaire	OMEG'AGE GESTION	Places en UHR	0
Statut juridique	Associatif à but non lucratif	Places en PASA	0
L'établissement a signé un CPOM le 12 février 2020			
<u>Éléments déclencheurs de la mission</u>			
Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13: V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC). Ce programme s'inscrit dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer le contrôle des EHPAD parisiens.			
<u>Méthodologie suivie et difficultés rencontrées</u>			
Le contrôle a été réalisé le 17 avril 2023 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé le 7 avril 2023. La délégation départementale de l'ARS et la Ville de Paris ont été informés du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision. L'analyse a porté sur les constats faits uniquement sur pièces. La totalité des documents demandés a été transmise par la Direction de l'établissement et dans les délais impartis. Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et les principaux points forts et remarques ont porté sur les thématiques suivantes :			
<u>Points forts de l'établissement relevés par la mission</u>			
GOUVERNANCE <i>Management et Stratégie</i> L'établissement s'est doté d'outils de management, notamment par la rédaction d'un règlement de fonctionnement, d'un projet d'établissement, d'un plan bleu. Le projet d'établissement a permis la participation d'un soignant par étage. <i>Animation et fonctionnement des instances de participation des familles</i> Le CVS se réunit 3 fois par an. <i>Gestion de la qualité</i> Le plan d'amélioration de la qualité est précis et régulièrement suivi. Il est alimenté par les enquêtes de satisfaction et l'analyse des événements indésirables. L'établissement a procédé à une évaluation interne et une évaluation externe. Il s'est doté d'un référent qualité qui anime des réunions trimestrielles de présentation et de discussion des indicateurs qualité sur l'établissement. Il a formalisé une politique de promotion de la bientraitance. <i>Gestion des risques, des crises et des événements indésirables</i> Les procédures de gestion des EI précisent les objectifs de leur analyse. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES L'établissement a mis en place une équipe volante de 6 auxiliaires de vie et de 2 aides-soignants. L'organisation des équipes de nuit permet d'assurer la sécurité des résidents : 2 aides-soignantes <i>a minima</i> sont présentes chaque nuit. PRISE EN CHARGE <i>Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie</i> Une fiche de procédure définit le rôle de chaque professionnel dans la construction et le suivi du projet personnalisé. <i>Respect des droits des personnes</i> L'entretien du résident avec le directeur garantit la prise en compte du consentement du résident : la seule personne admise à cet entretien est la personne de confiance.			

Soins

L'établissement s'est doté d'outils afin de permettre un accompagnement adapté : une procédure relative aux contentions, une procédure de prise en charge de la douleur, un protocole lié à l'accompagnement de fin de vie.

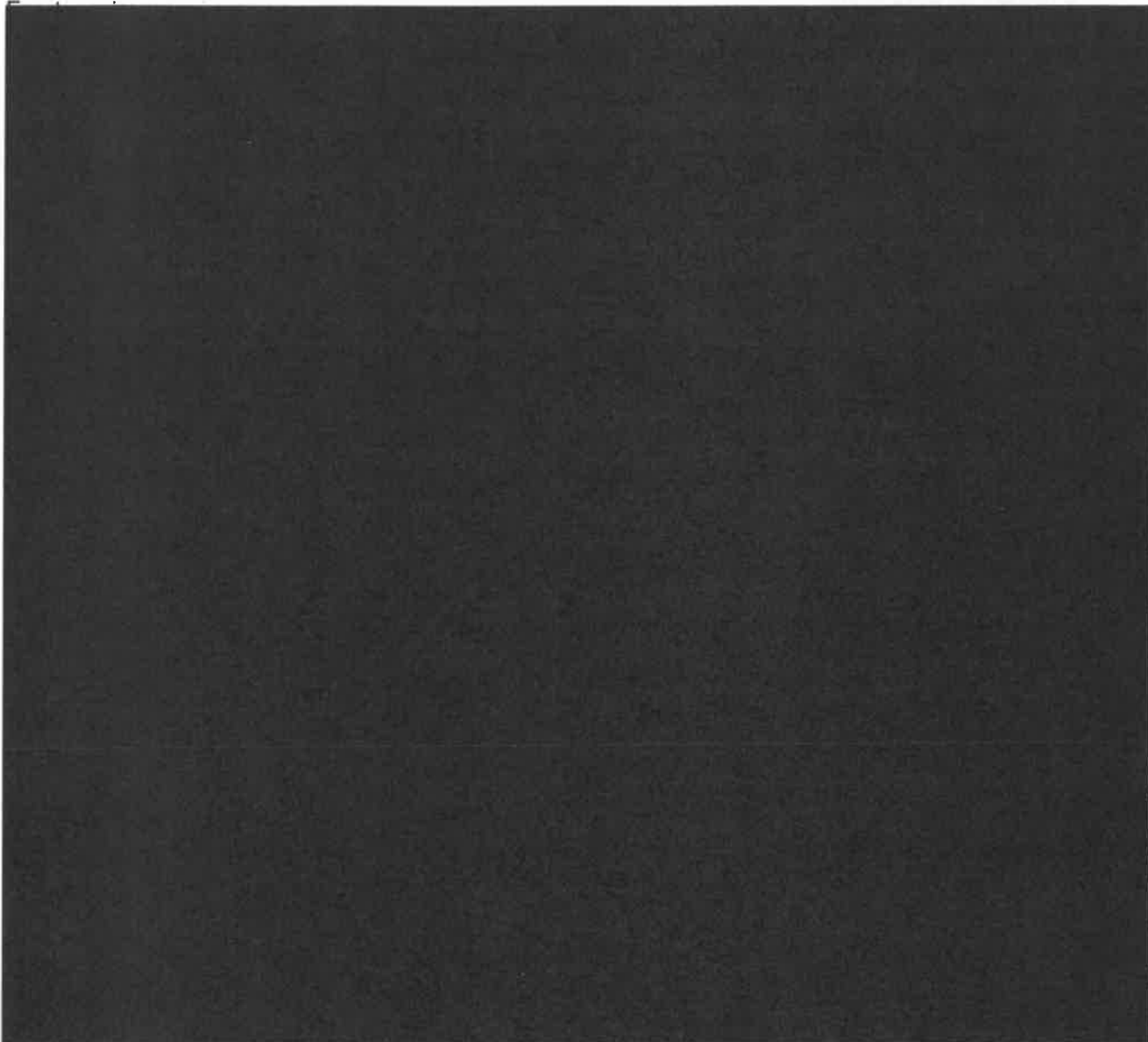
RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

L'établissement ne présente pas d'amiante.

L'établissement procède à des analyses régulières de légionnelles.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

L'établissement est concerné par 3 écarts majeurs, 18 écarts, une remarque majeure et 26 remarques.



Introduction

Contexte de la mission de contrôle

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

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

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

Les informations connues par l'ARS et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD « Les Jardins de Montmartre », situé au 18 rue Pierre Picard, 75018 Paris, FINESS n°75 000 036 6, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

Aussi, la Directrice générale de l'ARS et la Maire de Paris ont-t-elles diligenté, sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), un contrôle sur pièces visant cet établissement. Ce contrôle a pour objectif de réaliser une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

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

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

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

GOUVERNANCE

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

GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

PRISE EN CHARGE

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

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

Modalités de mise en œuvre

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

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

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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 18 rue Pierre Picard, l'EHPAD « Les Jardins de Montmartre » est géré, depuis le 1^{er} janvier 2017, par l'association OMEG'AGE GESTION, conformément à l'arrêté 2017-47, en date du 28 février 2017. L'association OMEG'AGE GESTION, domiciliée 20 rue Jacques Daguerre, 92 500 Rueil-Malmaison, s'est regroupée avec d'autres associations issues des caisses de retraite de l'AGIRC ARRCO, au sein du réseau associatif UNIVI, groupement paritaire à but non lucratif, depuis le 1^{er} janvier 2019. UNIVI gère 31 EHPAD, 23 résidences Autonomie et résidences Services, 5 établissements sanitaires, 19 structures pour personnes en situation de handicap. Sur le territoire parisien, OMEG'AGE GESTION gère 3 EHPAD et 2 résidences Autonomie.

« Les Jardins de Montmartre » a ouvert en 1996. Il dispose de 98 places en hébergement permanent. Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour une capacité de 19 personnes âgées.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS du 17 mai 2019, le GMP s'élève à 717 et le PMP à 221. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en dessous des chiffres médians régionaux¹ pour le GMP et pour le PMP.

Les 97 résidents présents le 17 avril 2023 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6	Non renseigné
Les Jardins de Montmartre le 17 avril 2023						
Les Jardins de Montmartre 2022 ³						
Les Jardins de Montmartre 2021 ³						
IDF ⁴ 2021						

Le budget de fonctionnement en 2021⁵ est de [REDACTED] au titre de l'hébergement, [REDACTED] au titre de la dépendance et [REDACTED] au titre du soin.

Le CPOM a été signé le 12 février 2020. Ses principaux objectifs sont les objectifs généraux des CPOM signés avec l'ARS et la Ville de Paris :

- Objectif 1 : Renforcer la coordination des soins et réduire les hospitalisations évitables.

Objectif 2 : Fidéliser les personnels et stabiliser les équipes soignantes.

Objectif 3 : Améliorer :

 - la prise en charge des troubles psycho-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer,
 - l'hygiène bucco-dentaire des résidents.

Objectif 4 : Maintenir ou tendre vers un taux d'occupation élevé dans les EHPAD.

Objectif 5 : Maintenir la qualité et renforcer l'individualisation de la prise en charge.

Objectif 6 : Développement durable de Paris et responsabilité sociétale des établissements (RSE)

Aucune revue des objectifs du CPOM n'a été jointe à l'envoi des EPRD. De ce fait, l'analyse de l'état d'avancement des objectifs ne peut être réalisée.

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

² Il s'agit de résidents accueillis en mars et avril 2023.

³ Source : RAMA 2022.

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

⁵ Source : EPRD 2021.

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	« Les Jardins de Montmartre »		
Nom de l'organisme gestionnaire	OMEG'AGE GESTION		
Numéro FINESS géographique			
Numéro FINESS juridique			
Statut juridique			
Option tarifaire			
Pharmacie à usage interne (PUI)			
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ⁶	98	98
	HT ⁷	0	
	UVP ⁸	NA	25
	PASA ⁹	0	
	UHR ¹⁰	0	
	UPHV ¹¹	0	
	AJ ¹²	0	
	AN ¹³	0	
	PFR ¹⁴	0	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	19		

⁶ Hébergement permanent⁷ Hébergement temporaire⁸ Unité de vie protégée / unité protégée⁹ Pôle d'activité et de soins adaptés¹⁰ Unité d'hébergement renforcée¹¹ Unité pour personnes âgées vieillissantes¹² Accueil de jour¹³ Accueil de nuit¹⁴ Plateformes d'accompagnement et de répit

Constats

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

Ecart : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire ;

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Au 17 avril 2023, l'établissement compte 97 résidents. Le taux de présence est de 98,9 %.	
1.1.1.2	L'établissement compte 86 chambres simples et 6 chambres doubles. Les 98 places sont prioritairement réservées aux adhérents (ou à leurs ayant-droits) des caisses de retraites Agirc-Arrco. L'EH PAD est habilité à accueillir 19 bénéficiaires de l'aide sociale depuis le 1 ^{er} janvier 2020. Au 13 avril 2023, il compte 17 bénéficiaires de l'aide sociale.	
1.1.3.1	L'établissement dispose également de deux unités de vie protégée (UVP) au 5 ^e et 6 ^e étages pour un total de 25 places. Au 17 avril 2023, [REDACTED]	

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement : La dernière refonte générale du règlement de fonctionnement a été réalisée en janvier 2017 et la dernière mise à jour date du 1 ^{er} avril 2022. Il a été présenté aux instances représentatives du personnel le 03 mars 2017 et au Conseil de la vie sociale le 26 janvier 2017.	
1.2.1.2	Le règlement de fonctionnement comporte l'ensemble des rubriques attendues. Dans le paragraphe portant sur la sécurité des biens, il n'est pas fait mention de la manière dont l'argent de poche des personnes sous protection juridique est géré. Le règlement de fonctionnement n'est pas à jour. En effet, la réglementation en vigueur concernant l'évaluation externe précise que celle-ci doit être désormais menée tous les 5 ans.	
1.2.1.4	Le projet d'établissement : Le projet d'établissement transmis à l'équipe de contrôle s'étend sur les années 2019-2024. Il a été rédigé selon la trame fournie par le groupe UNIVI. Il a été approuvé par le CVS. Cependant, il n'a pas été présenté aux instances représentatives du personnel. Il a été élaboré par le directeur, le médecin coordonnateur, l'attaché de direction et le cadre infirmier. Un soignant par étage a également participé au travail de ré-écriture. La participation des familles et des résidents s'est opérée via le CVS.	Remarque 1 : Les mises à jour du projet d'établissement ne tiennent pas compte des modifications réglementaires ou du cadre de travail (CPOM, arrêté d'habilitation à l'aide sociale, composition du CVS, définition de la maltraitance (article L.119-1 du CASF), etc...)

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le compte rendu du CVS du 24 février 2023 mentionne que la mise à jour du projet d'établissement a commencé en 2022 et sera achevée en 2023. Ces mises à jour sont incomplètes : • Il est fait référence à la convention tripartite alors qu'un CPOM a été signé en février 2020 ; • Le directeur mentionné a quitté l'établissement avant 2019 ; • Les objectifs de la démarche qualité exposée dans le projet d'établissement datent de 2017.	
1.2.1.5	Le contenu du projet d'établissement : Le document présente les éléments attendus d'un projet d'établissement. Concernant le personnel, il ne précise pas l'organisation des cycles de travail ni, le cas échéant, le changement ou pas d'unité de vie. Concernant le projet d'animation, il ne précise pas : • les objectifs chiffrés (nombre de résidents par animation, temps pour les soignants) • le rôle des bénévoles auprès des résidents (p.37) • la nature du travail avec les résidents et leurs proches pour maintenir les liens dans le projet d'animation. Concernant le projet de soin, un certain nombre de référents est listé (bienveillance, transmissions et dossier de soin informatisé (netsoins), douleur, poids, snoezelen, matériel/commande, DASRI) sans que leur rôle ne soit précisément défini. Le rôle de référent du projet personnalisé n'est pas rappelé dans le paragraphe consacré aux aides-soignants, AMP, auxiliaires de vie (p.51). Le projet de soin ne mentionne pas à quelle fréquence le DLU et la synthèse doivent être imprimés pour être classés au dossier du résident. Le projet d'établissement ne pose pas systématiquement des objectifs mis en lien avec des indicateurs chiffrés permettant de suivre la progression de la réalisation du projet d'établissement.	Remarque 2 : Le projet d'établissement ne précise pas les cycles de travail. Remarque 3 : Concernant le projet d'animation, le projet d'établissement ne précise pas : • les objectifs chiffrés (nombre de résidents par animation, temps pour les soignants) • le rôle des bénévoles auprès des résidents • la nature du travail avec les résidents et leurs proches pour maintenir les liens dans le projet d'animation. Remarque 4 : Le rôle des différents référents n'est pas clairement défini. Le rôle et la fonction du professionnel référent en charge du suivi du projet personnalisé du résident ne sont pas définis dans le projet d'établissement. Remarque 5 : Le projet d'établissement ne pose pas systématiquement des objectifs pour les années 2019-2024 et ceux-ci ne sont pas mis en lien avec des indicateurs chiffrés permettant de suivre la progression de la réalisation du projet d'établissement.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.6	Le plan bleu : Un plan bleu daté du 1^{er} Juin 2021 a été transmis à la mission de contrôle, cependant l'ensemble des annexes n'a pas été transmis : - Annexe 1 : Convention de partenariat avec L'hôpital Bichat/ Bretonneau (Plan bleu filière gériatrique et EMGE) - Annexe 2 : Procédure de rappel du personnel (répertoire) - Annexe 3 : Procédure de gestion des événements indésirables et à déclaration obligatoire - Annexe 4 : procédures de gestion des Urgences médicales - Annexe 5 : Procédure de gestion des légionnelles - Annexe 6 : Plan d'évacuation - Annexe 7 : Procédure de prise en charge en cas de décès - Annexe 8 : Protocole hydratation - Annexe 9 : Protocole de déclaration obligatoire et liste des maladies à déclarations obligatoires - Annexe 10 : Imprimer le DLU - Annexe 11 : Conduite à tenir en cas de Gastroentérites aiguës - Annexe 12 : Conduite à tenir en cas d'infections respiratoires - Annexe 13 : Infection à Clostridium Difficile - Annexe 14 : Conduite à tenir en cas de gale - Annexe 15 : Conduite à tenir en cas de BMR - Annexe 16 a b et c: Risque naturel - Annexe 17 : DARDE groupe électrogène de secours	Ecart 1 : Le plan bleu ne comporte pas de procédure en cas de rupture de la fourniture d'eau potable et de procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan, en application de l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ecart 2 : L'absence de transmission à l'équipe de contrôle des annexes 1 à 17 du plan bleu ne permet pas de garantir que le plan bleu est conforme à l'arrêté du 28 novembre 2022.
1.2.2.1 1.2.2.6 1.2.2.7	La direction : La directrice de l'établissement au jour de l'inspection est en poste. Elle est titulaire d'un [REDACTED] le détiend une fiche de poste. Un organigramme comportant les noms et ETP des salariés a été fourni. Il mentionne les liens hiérarchiques.	
1.2.2.8	Les astreintes : Un planning des astreintes de direction pour l'année 2023 a été fourni. Aucun document n'a été transmis concernant des astreintes techniques.	
1.2.2.10	Les délégations de pouvoir : Le document unique de délégation a été signé par les deux parties en avril et mai 2022, à la date de prise de fonction de la nouvelle directrice réseau « Région Nord » d'UNIV. Cette délégation de pouvoir et de signature donne à la directrice de l'établissement une autonomie dans la conception et la conduite du projet d'établissement, dans la gestion des ressources humaines, la gestion comptable et budgétaire de l'EH PAD ainsi que la coordination avec les institutions et intervenants extérieurs. Elle est notamment autonome dans le recrutement en CDD ou en CDI des non-cadres.	
1.2.2.12	L'infirmier coordonnateur (IDEC) L'IDEC est [REDACTED] dispose d'une fiche de poste. Un diplôme d'infirmier a bien été transmis. Il est inscrit au fichier RPPS)	Remarque 6 : L'IDEC n'a pas de certification d'infirmier coordonnateur.

Gestion de la qualité

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.4.1.7	La démarche qualité : Le projet d'établissement prévoyait la mise en place d'un comité qualité chargé de suivre les événements indésirables et les enquêtes de satisfaction qui alimentent le plan d'action. Le PACQ mentionne que le COPIL Qualité a été mis en place. L'établissement dispose d'une référente qualité mentionnée dans l'organigramme transmis. Son rôle est défini dans le projet d'établissement : elle est chargée du suivi du plan d'actions en lien avec les référents de chaque action et gère les réclamations. Elle anime des réunions trimestrielles de présentation/discussion des indicateurs qualité sur l'établissement et participe aux réunions du réseau des référents qualités du groupe. L'établissement a mis en place un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ), transmis à la mission qui porte sur l'année 2023 : il présente pour chaque objectif une série d'actions précises, un responsable de l'action, une échéance, une priorité et l'avancée du traitement. Le PACQ est alimenté par les enquêtes de satisfaction et l'analyse des EI.	
1.4.2.1	Les évaluations interne et externe : L'établissement a transmis une évaluation externe réalisée les 11-12 mars 2014 dans le cadre du présent contrôle. Cette évaluation externe avait été transmise à l'ARS et à la Ville de Paris. L'établissement a transmis le rapport d'une évaluation interne réalisée entre décembre 2017 et janvier 2018. Les actions correctives et les recommandations de l'évaluation interne de 2017 ont été intégrées dans le PACQ.	
1.4.3.1	La promotion de la bientraitance : Le projet d'établissement a comme objectif de « <i>Promouvoir la bientraitance et l'écoute des résidents et de leur famille. Cette volonté se traduit par les plannings du personnel qui favorisent une prise en charge respectueuse du résident (dans ses besoins, ses attentes, son rythme de vie), par des actions de formations régulières notamment via le partenariat avec les EMGE de l'hôpital Bretonneau. Toute personne accueillie a le droit d'être écoutée et entendue.</i> » Il comporte un chapitre sur la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance qui mentionne : « <i>Pour prévenir cette maltraitance, nous demandons :</i> » ○ <i>Au personnel qui serait témoin de violence physique ou verbale de le signaler à sa hiérarchie, en insistant sur le fait, que ce n'est pas une délation, mais qu'il faut agir et comprendre pourquoi cela s'est produit.</i> ○ <i>Des formations sur les moyens qu'un soignant peut utiliser devant la démence et l'agressivité d'une personne âgée.</i> ○ <i>La formation Humanitude, qui nous aide à entreprendre des soins sans contrainte.</i> ○ <i>Des groupes de paroles avec la psychologue, un encadrement de proximité qui par l'observation et l'écoute essaie de débusquer le burnout.</i> ○ <i>Des groupes de réflexion qui permettent de faire progresser une réflexion collective autour d'une thématique bien précise. »</i>	Remarque 7 : Aucune analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur n'est mise en place. Remarque 8 : Le personnel de l'EHPAD est formé en trop petit nombre aux thématiques qui relèvent de la bientraitance.

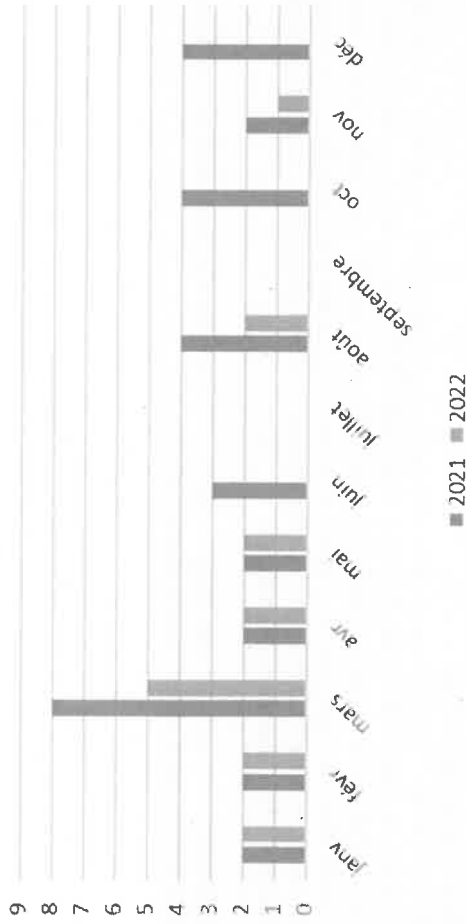
N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Il mentionne également le souci d'élaborer et de faire vivre une charte de bientraitance : celle-ci n'a pas été transmise à la mission de contrôle. La formation proposée à l'établissement ne répond ni aux ambitions affichées dans le projet d'établissement ni aux besoins réels de l'établissement : en 2023, aucune formation « Humanitude » n'est proposée aux établissements de Paris, la formation sur la relation triangulaire est proposée à 6 personnes, la formation « Bientraitance » à 7 personnes et la formation sur les conflits entre résidents à 5 personnes, et ce pour les 6 établissements parisiens du groupe. 20 personnes seront formées au simulateur de vieillesse pour les 6 établissements parisiens. D'autres thèmes proposés (qui relèvent de la promotion de la bientraitance) sont suivis par très peu de personnes des établissements parisiens du groupe : la gestion de l'agressivité du malade d'Alzheimer, repérage des premiers signes pathologiques en santé mentale, gérer les situations difficiles et les conflits. Au total, 55 personnes suivent ces formations pour les 6 établissements parisiens. Le détail pour « Les Jardins de Montmartre » n'a pas été fourni à la mission de contrôle. Le livret d'accueil mentionne la politique de promotion de la bientraitance fondée sur la prévention de la maltraitance de l'établissement. Il indique la possibilité pour les résidents d'en parler à un professionnel de l'établissement, de s'adresser aux autorités de police ou au Procureur de la République, d'appeler le 3977 et/ou d'avoir recours à une personne qualifiée. Le règlement de fonctionnement rappelle l'obligation d'informer la direction de toute situation réelle ou supposée de maltraitance de la part des résidents comme des salariés. Alors que le projet d'établissement mentionne l'existence de groupes d'analyse de pratique, ceux-ci ne figurent pas au plan de développement des compétences. Les situations de violence : L'établissement n'a pas de procédure spécifique abordant les situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance. Aucune procédure particulière n'est formalisée pour prendre en charge et accompagner ces actes de violences. La procédure de gestion des EIG (« Procédure de gestion des événements à déclaration obligatoire » mise à jour le 06 janvier 2023 ») mentionne les situations de maltraitance et les comportements violents, mais elle ne développe pas une procédure ni ne précise l'obligation de déclaration des situations de violences, de harcèlement sexuels, d'agression, et de maltraitance à l'autorité judiciaire (Procureur de la République).	Remarque 9 : La procédure de gestion des EIG ne mentionne pas les situations de harcèlement sexuel et d'agression. Ecart 5 : La procédure de gestion des EIG ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République.
1.4.3.2 1.4.3.3		

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.5.1.1	Les enquêtes de satisfaction : Alors que les enquêtes de satisfaction sont mentionnées dans le projet d'établissement, elles n'ont pas été transmises à la mission de contrôle. Elles n'ont pas fait l'objet d'une analyse par le CVS en 2022, alors qu'une enquête est citée au compte-rendu de la séance du 4 avril 2022.	Remarque 10 : Les enquêtes de satisfaction n'ont pas été transmises à la mission de contrôle qui ne peut garantir qu'elles ont été menées.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les plaintes et réclamations : Le règlement de fonctionnement remis aux résidents indique que : « La direction de l'établissement se tient à la disposition des résidents et de leurs familles qui souhaitent faire une remarque, soit par téléphone, soit au cours d'un rendez-vous durant lequel le résident pourra être accompagné de la personne de son choix. Tout incident - énoncé d'une plainte ou conflit - sera traité avec attention et donnera lieu à une réponse motivée écrite, si nécessaire. Un registre de réclamations ou de suggestions est à disposition à l'accueil. » La procédure de gestion des EI (Procédure de « gestion des événements indésirables simples » mise à jour le 06 janvier 2023) prend en compte les plaintes et les réclamations des résidents et de leurs proches. L'établissement a transmis les fiches de traitement des trois dernières réclamations. Il est indiqué que des réponses ont été faites aux plaignants. La copie des réponses n'a pas été transmise.	
1.5.1.3	Les procédures de déclaration des événements indésirables (EI) et des événements indésirables graves (EIG) : L'établissement a transmis trois procédures mises à jour en janvier et février 2023 : - « Gestion des événements indésirables simples » - « Gestion des événements indésirables graves » - « Quoi et comment déclarer en externe ? Déclaration obligatoire en EHPAD » Ces procédures mentionnent le fait que chaque EI ou EIG doit être analysé afin de « comprendre les raisons de leur survenue, éviter une aggravation, trouver la façon d'éviter qu'ils se reproduisent. » Aucune formation portant sur ce thème n'est portée au plan de développement des compétences.	Remarque 11 : Aucune formation portant sur la qualification et le repérage des EI ainsi que sur la conduite des retours d'expérience n'est organisée.
1.5.1.5 1.5.1.6	La liste des événements indésirables : L'établissement a transmis à la mission de contrôle un tableau des EI 2021-2023. Ce tableau compte 59 événements indésirables qui ont eu lieu entre le 30 octobre 2020 et le 28 novembre 2022. Il comporte notamment les mentions suivantes : date, lieu, personnes concernées, équipe en charge du suivi de l'EI, catégorie d'EI, description des faits, conséquences de l'EI, mesures immédiates et actions correctrices, degré de gravité, état d'avancement, date de clôture et personne n'ayant clôturé l'EI. 25,4% des événements indésirables sont liés au linge, 11,9% à la restauration (repas trop salé ou trop poivré), 5,1% à des pannes et 5,1% à des soucis informatiques. Le nombre d'EI par mois montre le peu d'EI déclarés, ce qui peut témoigner d'un manque de culture des équipes sur ce thème. Ils sont renseignés par le référent qualité pour 95% d'entre eux.	Ecart 6 : Quatre EIG sur les cinq mentionnés dans le tableau transmis à la mission de contrôle n'ont pas été déclarés aux autorités de tarification. L'EIG de novembre 2022 n'a pas été transmis à l'ARS, ce qui contrevient à l'article L.331-8 du CASF. Ecart 7 : Les retours d'expérience ne sont pas systématiquement formalisés suite aux EI importants ou aux EIG. Remarque 12 : Au vu du nombre d'EI déclarés par mois, la culture de l'EI ne paraît pas suffisamment répandue au sein de l'établissement.

Nombre d'EI par mois



Globalement les mesures immédiates adéquates sont prises. La mission de contrôle relève quelques événements nécessitant à minima une analyse permettant de définir des mesures préventives à mettre en place au regard du risque majeur encouru :

- Un problème informatique, qui a entraîné 4 jours sans accès aux documents du réseau.
- Suite à un fusible non remis en marche, une résidente s'est trouvée sans oxygène pendant quelques minutes.
- Une résidente a laissé son robinet ouvert entraînant des dégâts sur plusieurs étages.

L'établissement a transmis un tableau des EIDO 2021-2023. Il compte 5 EIG qui ont eu lieu entre le 4 juin 2020 et le 24 novembre 2022. Un EIG concerne une perturbation liée à des difficultés relationnelles récurrentes avec une famille, un deuxième à une perturbation dans l'organisation du travail (manque d'IDE), les trois autres sont des disparitions inquiétantes.

L'établissement n'a transmis qu'un relex sur les trois demandés pour ce contrôle. Le relex mentionne les mesures préventives et correctrices mises en œuvre. L'EIG et le relex ont été transmis à la Ville de Paris.

Gestion des ressources humaines

N°IGAS

Observations ou commentaires

Constat E/R

La composition de l'équipe pluridisciplinaire :

A la date du contrôle, l'établissement a affecté à la prise en charge soins et accompagnement des résidents l'effectif suivant :

	Nombre d'agents en CDI	Nombre d'ETP effectifs	Effectif théorique	ERRD 2022	Ecart entre l'effectif réel et l'ERRD 2022
Adjointe de direction					
Agent d'entretien					
Agent d'accueil					
Aide médico-psychologique					
Aide-soignant					
Auxiliaire de vie					
Animateur					
Directeur					
Ergothérapeute					
Infirmiers					
Infirmier coordonnateur					
Médecin coordonnateur					
Psychologue					
Psychomotricien					
Secrétaire					
Technicien					
Total général					

Un poste d'IDE, un poste d'IDE référent et un poste de secrétaire sont à pourvoir. Ainsi sur un nombre théorique de 52,8 ETP, 49,4 sont pourvus.

2.1.1.1

2.1.1.1

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'établissement dispose d'un effectif d'auxiliaires de vie de 18,2 ETP en CDI, que la mission ne peut pas considérer comme faisant partie de l'effectif soignant, car leur fonction ne fait pas partie de l'équipe pluridisciplinaire décrite à l'article D. 312-155-0, II du CASF. Pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents au regard de l'effectif soignant de l'établissement actuellement en poste, la mission de contrôle se base sur un effectif minimal de soignants requis calculé sur des critères définis par l'ARS IDF et la Ville de Paris dans le cadre de la contractualisation du CPOM. Les critères retenus prennent en compte la dernière coupe AGGIR/PATHOS pour définir la charge en soins et en dépendance de l'établissement et le nombre de places en hébergement permanent autorisées.	Evaluation quantitative des effectifs soignants présents (critères CPOM) : nb d'ETP rémunérés correspond aux besoins (basée sur formule utilisée dans les CPOM pour déterminer le financement) $\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{GMP établissement validé})}{\text{nb d'ETP (AS + AES)}} = R_{GMP}$ SI $R_{GMP} > 3200 \Rightarrow$ nb ETP AS/AES est insuffisant $\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{PMP établissement validé})}{\text{nb d'ETP IDE}} = R_{PMP}$ SI $R_{PMP} > 4300 \Rightarrow$ nb ETP IDE est insuffisant Par ailleurs, pour assurer la continuité des soins, et <i>a fortiori</i>, la qualité des soins, la stabilité des effectifs soignants est indispensable¹⁵, et repose notamment sur la présence d'agents en CDI majoritairement dans l'effectif financé par la dotation soins. Selon ces critères, le besoin minimum en ETP soignants de l'établissement est de 21,96 AS/AES et 5,04 IDE. S'agissant de l'effectif d'IDE, l'établissement est non conforme. [REDACTED] S'agissant de l'effectif AS/AES/AMP, l'établissement est non conforme en quantité et en qualité. - En quantité : [REDACTED] - En qualité : [REDACTED] Ecart 8 : Des auxiliaires de vie assurent des missions de soignants, ce qui contrevient à l'article D.312.155-0 du CASF. Ecart 9 : Il manque [REDACTED] ce qui ne permet pas d'assurer une qualité de prise en charge aux résidents, ce qui contrevient aux dispositions des articles D.312-155-0, II et L.311-3 3° du CASF.

¹⁵ Haute Autorité de Santé. Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	par l'article D.312-155-0, II du CASF : l'établissement contrevient ainsi à l'article précité. De plus, en affectant du personnel non-qualifié aux soins des résidents, l'établissement n'est pas en mesure de répondre à son obligation de leur assurer un accompagnement de qualité, ce qui contrevient à l'article L.311-3 3° du CASF. En comparant le tableau des ETP transmis et les plannings de mars, avril et mai 2023, il apparaît que : - 14 auxiliaires de vie sont présentes sur les plannings et absentes du tableau des effectifs transmis : la plupart ont été retrouvés sur le registre du personnel en 2022, ayant contracté plusieurs CDD. - 5 AS sont présentes sur les plannings et absentes du tableau des effectifs transmis. Ces AS ont été retrouvés sur le registre du personnel de 2022, ayant contracté un CDD. En conclusion, au sens des critères de calcul du CPOM de l'ARS IDF et de la Ville de Paris, [REDACTED] de l'établissement. De plus, [REDACTED] Ce fait est corroboré par la consultation des plannings de mars, avril et mai 2023. [REDACTED] font partie du personnel soignant dans l'organisation du travail. Le taux de rotation du personnel : L'établissement a déclaré lors de la campagne ANAP de 2022 un taux de rotation de 15.79 %. Ce taux est légèrement au-dessus de la médiane nationale (13.54 %), régionale (13.54 %) et de celle (13.52 %) de Paris. Ainsi, de ces données, la mission constate que le taux de rotation du personnel de l'établissement – comparé aux médianes territoriales – indique une stabilité relative de ses effectifs en CDI. L'établissement n'a pas fourni la date d'embauche du personnel, ce qui ne permet pas d'évaluer l'ancienneté du personnel en CDI au jour de l'inspection. Le taux d'absentéisme : L'établissement a déclaré lors de la campagne ANAP de 2022 un taux d'absentéisme de 13.63 %. Ce taux est au-dessus de la médiane nationale (11.94 %), régionale (12.21 %) et de celle de Paris (12.01 %). Aussi, de ces données, la mission constate que le taux d'absentéisme de l'établissement – comparé aux médianes territoriales – indique que les effectifs sont souvent confrontés à une désorganisation causée par l'absence du personnel. L'analyse des plannings du mois de mars 2023 permet d'établir que le taux d'absentéisme est de [REDACTED] r les aides-soignants et les auxiliaires de vie. Il est supérieur à la médiane nationale (qui s'élève à 11,94%). Les motifs en sont : l'accident de travail, la maladie ou des absences diverses non payées. Le recours aux CDD L'établissement a fourni la copie d'un registre du personnel manuscrit répertoriant les CDD signés au cours des années 2021 et 2022. Dans ce registre, les CDD sont portés dans l'ordre chronologique de date d'embauche. La mission a comptabilisé 691 CDD en 2021. En 2022 le registre n'a pas été rempli rigoureusement et sur certaines pages plusieurs contrats ont été portés sur la même case. Ainsi un minimum de 875 CDD a pu être comptabilisé. La majorité des CDD concernent des aides-soignants, des auxiliaires de vie et des IDE.	
2.1.1.3		Remarque 13 : Le taux d'absentéisme des aides-soignants et des auxiliaires de vie a [REDACTED]

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Si l'on compare ces chiffres aux EHPAD étant sous la même convention collective¹⁶, l'établissement est très nettement au-dessus de la médiane nationale (259) et régionale (426.5). Il n'a pas été possible de réaliser une telle comparaison avec les établissements de la région Ile-de-France. Ces CDD visent pour l'essentiel à combler des postes vacants et à remplacer un personnel en maladie ou en formation. En conclusion, le taux d'absentéisme du personnel de l'établissement et le recours massif aux CDD indiquent une instabilité des effectifs en 2021 et plus encore en 2022, ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité, tels que définis par l'article L. 311-3 3° du CASF. La formation L'établissement a fourni le bilan de la formation 2022 et le plan de développement des compétences 2023. Ces documents sont des documents consolidés à l'échelle du groupe UNIVI, pour le secteur Seniors. Ils ne permettent pas d'isoler les formations spécifiques réalisées et prévues pour les salariés de l'EHPAD « Les Jardins de Montmartre ». Une analyse des formations portant sur la bientraitance a été menée plus haut, p.15. De manière générale, pour les autres thèmes considérés en 2022 et en 2023, pour les 6 établissements parisiens, 0 à 9 agents maximum ont suivis ou suivront des formations. Le groupe a mis l'accent sur les formations AGFSU en 2023 : au total 54 salariés devraient être formés pour les 6 établissements parisiens. Le RAMA 2022 mentionne les formations dispensées par le MedCo et l'IDEC au sein de l'établissement : déshydratation, prévention des chutes, douleur, dénutrition, prévention d'escarres, utilisation des protections et hygiène bucco-dentaire. Le RAMA ne précise ni la fréquence ni la durée ni le nombre ni la qualification des participants. Les documents fournis détaillent l'établissement par établissement : - Les formations « incendie » : les exercices d'extinction et d'évacuation ont été programmés en 2022 et sont prévus pour 2023. - Les formations diplômantes : sur les années 2021-2023, pour le DEAS, 4 contrats d'apprentissage ou d'alternance ont été signés, 2 VAE ont été financées, et 3 parcours diplômants. Au regard des documents transmis, il n'est pas possible de savoir s'il s'agit d'auxiliaires de vie en poste. La mission ne peut déterminer si l'établissement a réellement déployé un plan de qualification des auxiliaires de vie. Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels : Aucun protocole n'a été formalisé. La directrice précise que les nouveaux professionnels sont accueillis par l'IDEC, l'adjointe de direction, la directrice et l'un des deux soignants référents. La mission et le rôle de ceux-ci ne sont pas mentionnés dans	Ecart 10 : L'établissement recourt massivement aux CDD de courte durée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 3° du CASF.
2.1.2.1		Remarque 14 : Les documents fournis ne permettent pas de s'assurer que les salariés ont eu accès et auront accès à des formations adaptées aux besoins des résidents. Remarque 15 : Les documents fournis ne permettent pas d'attester qu'un plan de qualification des auxiliaires de vie est déployé.
2.1.2.5		

¹⁶ Convention collective nationale de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	le projet d'établissement. ni dans un document récapitulant l'ensemble des référents existants et leur rôle dans l'établissement. Le projet d'établissement précise que les nouveaux salariés bénéficient de quelques jours de « tuitage » : ils travaillent en binôme avec un salarié plus ancien. Les nouveaux professionnels se voient remettre un livret d'accueil qui présente le cadre de travail proposé par le groupe. Il ne présente pas les règles de fonctionnement de l'établissement ni les protocoles les plus importants.	Remarque 16 : Les documents mis à disposition des nouveaux salariés ne leur présentent pas les règles de fonctionnement de l'établissement ni les protocoles les plus importants.
2.1.4.5	L'organisation du travail : Le projet d'établissement pose que 3 infirmières sont présentes la semaine, 2 le week-end. Le rôle d'infirmier référent, présent la semaine, n'est pas défini. Le nombre d'aides-soignants par unité de vie et/ou par jour ainsi que le nombre d'auxiliaires de vie n'est pas défini. La nuit, la prise en charge est assurée par 2 aides-soignants et un auxiliaire de vie chargé notamment de la veille de l'établissement. Les cycles de travail ne sont pas précisés dans le projet d'établissement. Sur les plannings des mois de mars, avril et mai 2023 transmis par l'établissement : S'agissant des effectifs soignants de nuit : l'organisation repose sur 2 équipes en roulement composées de 2 AS et 1 AVS chacune. En cas d'absence d'un personnel, il est remplacé par des AS faisant partie d'un pool de vacataires remplaçants réguliers.	Ecart 11 : La planification du travail sur 3 mois établit que, pendant 15 jours sur 30, des auxiliaires de vie assurent seuls la prise en charge des résidents sur certains étages, ce qui contrevient à l'article D.312-155-0 du CASF.

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	S'agissant des IDE : la mission constate la présence de 2 équipes d'IDE mais le roulement n'est pas cyclique car il repose sur 3 titulaires et jusqu'à 7 vacataires. Le poste d'infirmier référent est vacant, ainsi qu'un poste dans une des deux équipes. [REDACTED]	
2.1.4.2	La répartition des tâches et le déroulé de la journée : L'établissement ne dispose pas, au jour de l'inspection, de fiches de tâches heureées. Aucun document fourni ne décrit le déroulé de la journée de travail des aides-soignants et des auxiliaires de vie, ce qui ne permet pas de garantir que seuls les aides-soignants accomplissent par exemple la tâche de donner des médicaments aux résidents. Le projet d'établissement (p.51) ne différencie pas le rôle des aides-soignants, des AMP et des auxiliaires de vie, ce qui constitue un risque de glissement de tâches. La procédure portant sur le projet personnalisé contient une fiche « ASD-AMP-AVS » qui ne différencie pas les tâches à mener en fonction de la qualification de chacun. Ainsi est notée « évaluation de l'état cutané à noter dans les transmissions » sans que cette tâche ne soit attribuée à un professionnel qualifié pour ce faire. L'organisation en cas d'absence inopinée : Une équipe de volants (4 volants à mi-temps) permet de remplacer le personnel vacant. Ce sont les IDE et des soignants référents (mission qui n'est définie dans aucun document transmis ni dans le projet d'établissement) qui se chargent de rechercher le remplaçant. En cas d'absence d'une IDE, c'est l'IDEC ou la direction qui joint les entreprises d'intérim. Malgré l'existence de cette équipe volante, le recours aux vacataires reste important (cf p.20).	Remarque 17 : L'absence de fiches de tâches et de fiches de poste ne permet pas de garantir que les missions et les tâches accomplies par les aides-soignants, les AES/AMP et les auxiliaires de vie sont conformes à leur qualification.
2.1.4.7	L'organisation des équipes de nuit : A la lecture des plannings, la mission constate l'organisation suivante pour les équipes de nuit : - 2 équipes de 3 agents - Roulement sur 15 jours: - Semaine 1 : 5 nuits travaillées, 2 nuits de repos ; - Semaine 2 : 2 nuits travaillées, 5 nuits de repos. Sur les 6 agents de nuit en CDI, deux sont des auxiliaires de vie et 4 des aides-soignants. En mars 2023, 2 aides-soignantes <i>a minima</i> ont été présentes chaque nuit. En avril et en mai, le planning prévoit le même minimum.	

Prise en charge

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
3.1.1.1	La procédure d'admission : La procédure transmise est celle du groupe UNIVI. Elle n'a pas été adaptée à l'établissement (notamment en ce qui concerne les personnes impliquées dans la démarche d'admission). Cette procédure garantit la transmission au MedCo du dossier d'admission : s'il celui-ci émet un avis défavorable, la demande est rejetée. C'est le MedCo qui organise les visites de pré-admission. Cette procédure pose le principe d'un délai minimum de 8 jours entre la décision d'admission et l'arrivée du résident : avant l'arrivée, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, une notice d'information sur la personne de confiance lui sont remis. La procédure ne précise pas qui remet ces documents au résident, ce qui ne permet pas de garantir qu'ils soient systématiquement remis. Un entretien est organisé pour la signature du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement : la procédure ne précise pas avec qui et quelles garanties l'EHPAD se donne pour avoir le consentement du futur résident. Le livret d'accueil précise que le rendez-vous a lieu avec le directeur et que la seule personne autorisée à y assister est la personne de confiance désignée par le résident.	Remarque 18 : La procédure d'admission ne précise pas les acteurs de l'admission, ce qui ne garantit pas que les actes essentiels soient accomplis.
3.2.1.2	Les évaluations à l'admission : La procédure remise ne permet pas de s'assurer que l'établissement procède lors de l'admission aux évaluations multidimensionnelles (Norton, Braden, chutes, escarres, déglutition, douleur). La procédure « Préparation et suivi du projet de vie personnalisé » établit que l'IDEC et le MEDCo au jour de l'entrée du résident procèdent à l'évaluation.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.1.3.3	Le projet personnalisé : La procédure intitulée « Préparation et suivi du projet de vie personnalisé » présente par acteur les actions à mener : l'animateur, les aides-soignants, AMP et auxiliaires de vie (non différenciés), le directeur, l'IDE, l'IDEC, le MedCO, le psychologue, la psychomotricienne, l'ergothérapeute. Une fiche « tâches à répartir initialement pour la responsable hôtelière » complète le document. L'ensemble de ces fiches commence par une liste de tâches à accomplir le jour de l'entrée pour chaque acteur. Un point est prévu pour chaque acteur 2 mois après l'entrée avec mention d'une synthèse réalisée dans Netsoins. Une troisième liste d'actions à mener concerne chaque nouveau projet. Le projet d'établissement pose la psychomotricienne comme coordinatrice du projet de vie. Chaque résident a un soignant référent qui se charge de recueillir les éléments nécessaires à l'élaboration du projet. Cependant la procédure établit que la psychologue planifie les réunions de synthèse et met à jour le tableau récapitulatif. Le projet de vie fait l'objet d'une révision annuelle¹⁷. Selon la procédure, une réunion de synthèse est organisée à chaque révision : seule la fiche concernant l'animateur mentionne sa présence en réunion de synthèse. La procédure ne permet pas d'identifier qui participe à la synthèse : membres du personnel, résident, familles, personnes de confiance. Les documents transmis ne permettent pas de garantir la participation effective du résident et des familles à la réunion de synthèse. Ils ne permettent pas non plus de savoir si la mise à jour des projets personnalisés est réalisée tous les ans. La commission de coordination gériatrique : La direction de l'établissement déclare que le MedCo, également médecin traitant des résidents, s'entretient quotidiennement avec l'équipe des kinésithérapeutes et la pharmacie. La présentation du MedCo dans le projet d'établissement ne mentionne pas la présidence de la commission de coordination gériatrique. Les documents transmis ne mentionnent pas l'existence d'une telle commission, ce qui contrevient à l'article D.312-158 3.	Ecart 12 : Le résident et/ou sa famille ne participent pas activement à l'élaboration du projet de vie, ce qui contrevient à l'article L.311-3 7° du CASF. Ecart 13 : L'établissement ne procède pas à la mise à jour annuelle des projets personnalisés, ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge individualisée, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
3.1.4.4	Les réunions de synthèse et de transmission : Le projet d'établissement (p.53) mentionne l'existence de diverses réunions : - Des temps de transmission journaliers sont organisés lors de la visite du MedCo et entre équipes : équipe de jour/mi-temps/équipe de nuit. L'absence de fiches de tâches hebdomadaires ne garantit pas la mise en place effective et quotidienne de ces temps de transmission. - Une réunion clinique par étage se réunit une fois tous les 6 semaines et permet une réflexion pluri professionnelle sur les situations les plus difficiles. - Des staffs quotidiens réunissant le Medco, l'IDEC et un membre de chaque unité de vie ayant notamment pour objectif le rappel des procédures.	Ecart 14 : La commission de coordination gériatrique ne se réunit pas une fois par an, ce qui contrevient à l'article D.312-158 3 du CASF. Remarque 19 : La politique de prévention menée par l'établissement n'est pas formalisée, par la tenue de commissions (chutes, escarres, contention, CLAN...) ce qui ne permet pas d'optimiser la réflexion collective sur les actions préventives à mener.

¹⁷ Source : Projet d'établissement, p.32

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Les réunions autour des projets de vie : leur périodicité n'est pas définie. Aucun échéancier et/ou tableau de suivi des projets de vie n'a été transmis. Les instances de prévention : Aucune commission (chutes, escarres, contention, CLAN...) n'est mise en place au sein de l'établissement.	
3.1.4.5	L'intervention des professionnels médicaux : Le MedCo est également médecin traitant de 92 résidents. Un médecin est médecin traitant pour 4 résidents, et un troisième pour un seul résident. Aucun professionnel de santé (hormis le MedCo) n'utilise le logiciel de soins pour réaliser ses prescriptions. Le rôle des bénévoles : Le projet d'établissement décrit un cadre général d'intervention des bénévoles dans l'établissement. Des bénévoles peuvent intervenir pour animer un atelier (notamment le week-end), une chorale, assister le prêtre, accompagner des sorties des résidents, ou pour un accompagnement individualisé une heure. Il mentionne l'existence d'une charte et d'une convention signées entre le bénévole et l'établissement cadrant son intervention. L'établissement a transmis les conventions concernant 41 bénévoles. Pour 4 d'entre eux, il manque la dernière page mentionnant le jour d'intervention et portant la signature. Une convention n'a pas été signée par un bénévole. 19 bénévoles interviennent le mercredi de 13 h à 14h ; 14 le lundi et le mercredi de 13 à 14h. Tous interviennent pour des balades dans le quartier, dans le jardin et des jeux de société. Ces activités sont donc concentrées sur le mercredi de 13h à 14h. Un document décrivant l'attitude à adopter avec les personnes mal orientées est transmis aux bénévoles.	Remarque 20 : L'intervention des bénévoles ne correspond à ce qui est noté dans le projet d'établissement. Elle est insuffisamment définie et cadrée. Remarque 21 : L'intervention des bénévoles a lieu exclusivement le lundi et le mercredi de 13 à 14h.
2.5.4.3	Les appels malades : La rapidité de réponse aux appels est fixée comme un principe dans le projet d'établissement (p.21), mais sans qu'un délai moyen ne soit fixé comme objectif. Le logiciel de gestion des appels malades ne permet pas d'obtenir une durée moyenne de temps de réponse. L'IDEC contrôle chaque semaine l'extraction. Selon la direction, en moyenne une anomalie par mois est relevée. Le logiciel est contrôlé une fois par semaine. Cette opération n'est pas tracée.	Ecart 15 : Le temps de réponse aux appels malades n'est ni mesuré ni suivi, ce qui contrevient à l'article L. 311-3 du CASF.

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
3.2.2.2 3.2.2.5	Le livret d'accueil : Le livret d'accueil est complet. Il contient un développement détaillé sur le rôle de la personne de confiance, une mention des directives anticipées, la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Il mentionne les possibilités de saisir une personne qualifiée. Il rappelle l'existence du 3977. Le contrat de séjour : Le contrat de séjour a été mis à jour au 1^{er} janvier 2023. Il compte 27 pages, 18 annexes et un modèle d'avenant concernant les objectifs de la prise en charge et les prestations choisies. Il totalise 135 pages. L'avenant est constitué du projet personnalisé. Le contrat de séjour mentionne la possibilité de signer une annexe définissant les mesures à prendre pour assurer la sécurité du résident et soutenir sa liberté d'aller et venir. Le paragraphe sur le tarif dépendance précise qu'il est calculé sur la base du GIR évalué trois semaines après l'entrée du résident. Or le contrat de séjour est signé à l'entrée du résident. Ce paragraphe ne peut donc être rempli au moment de la signature.	Remarque 22 : Le paragraphe du contrat de séjour portant sur les frais liés à la dépendance ne peut être rempli au moment de la signature du contrat de séjour.
3.2.3.1	La liberté d'aller et venir Une annexe au contrat de séjour précise que l'avis du médecin coordonnateur, de la direction et de l'IDEC sont requis. Une procédure intitulée « Gestion des contentions » mise à jour en décembre 2022 rappelle que « la prescription d'une contention ne constitue pas un moyen pour prévenir les chutes et la déambulation ». Cette procédure ne précise pas les risques majeurs qui peuvent conduire à la prescription d'une contention. Le RAMA 2022 relève une baisse importante du nombre de contentions. L'essentiel des contentions consiste en des barrières de lit. La cause de cette baisse n'est pas explicitée.	Remarque 23 : La procédure « Gestion des contentions » ne précise pas la nature des risques majeurs qui peuvent conduire à la prescription d'une contention.

Soins

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
3.8.2.9	La convention avec une officine : L'établissement a établi une convention avec une officine datée du 02 mars 2017. D'après cette convention : L'établissement via son service infirmier collecte les prescriptions médicales des résidents qui le désirent, les inscrit dans [REDACTED] et transmet les ordonnances papier correspondantes à l'officine.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- L'officine récupère les plans de traitement de chaque résident indiqué dans [REDACTED] via son logiciel « [REDACTED] ». - [REDACTED] prépare les piluliers nominatifs chaque semaine et rédige les fiches de traitements. - L'officine participe annuellement avec le médecin coordonnateur de l'établissement à l'élaboration en DCI de la liste par classe des médicaments à utiliser préférentiellement ainsi qu'à l'élaboration de la liste des médicaments pour soins urgents. La convention est renouvelable à la date d'échéance par tacite reconduction. Le circuit du médicament : La délégation d'administration des médicaments est organisée au travers : - D'une procédure générale du circuit du médicament au sein de l'établissement datée du 19 février 2020. - D'une procédure « collaboration entre IDE, AS, AMP (Aide médico-psychologique) / ASG (Assistant de soins en gérontologie) » datée du 1^{er} mars 2023. La liste des personnes habilitées à administrer des médicaments dans l'EHPAD est annexée à cette procédure. La procédure intitulée « Circuit du médicament » n'indique pas le personnel autorisé à accéder au local ou aux locaux où sont entreposés les médicaments. Elle ne précise pas quel personnel soignant est autorisé à administrer les médicaments préparés par l'IDE. Le RAMA souligne la difficulté de respecter les horaires de prise de médicaments du fait de la présence de 2 IDE pour 6 étages. Le protocole de dépistage et de lutte contre la douleur : L'établissement a transmis un protocole de gestion de la douleur par les AS en l'absence du MedCo ou de l'IDE, daté du 11 janvier 2023. Il indique que des évaluations de la douleur sont réalisées « si le résident exprime une douleur en lien avec un signe clinique ». Cette procédure ne précise pas quels professionnels sont qualifiés pour procéder à une évaluation de la douleur, à la prise de constantes et à l'administration d'antalgiques. Le terme soignant n'est pas précis. Le RAMA de 2022 indique, lui, que la prise en charge de la douleur est systématique « à chaque changement d'équipe ou autre prise en charge. Dépistage visuel ou Algoplus. ». Le protocole relatif aux soins palliatifs : L'établissement a transmis un protocole d'« Accompagnement et soins de fin de vie » daté du 02 mars 2022. Le projet d'établissement et la procédure réservent une place particulière aux familles dans l'accompagnement de fin de vie. Les soins infirmiers et de nursing sont décrits avec précision dans le protocole. Le RAMA 2022 n'aborde pas le sujet des soins palliatifs. Le suivi nutritionnel : Le RAMA 2022 indique que l'établissement a rédigé un protocole de prévention de la dénutrition qui n'a pas été fourni à la mission. Le projet d'établissement comporte également un paragraphe sur la prévention de la dénutrition.	Ecart 16 : La procédure « Circuit du médicament » ne précise pas quels professionnels ont accès aux locaux de soins, et qui est autorisé à administrer les médicaments préparés par l'IDE et à quelles conditions, ce qui contrevient aux articles L313-26 du CASF et R4311-4 du CSP.
3.8.2.22		
3.8.2.24		Ecart 17 : Le protocole de gestion de la douleur ne précise pas quel type de professionnel est habilité à évaluer la douleur, à administrer les antalgiques et à suivre l'évolution de la douleur, ce qui contrevient aux dispositions des articles L313-26 du CASF et R4311-4 du CSP. Remarque 24 : Le protocole de gestion de la douleur en l'absence du MedCo ou de l'IDE n'est pas conforme à ce qui est décrit dans le RAMA 2022.
3.8.2.25		Remarque 25 : Le RAMA ne propose pas de bilan des soins palliatifs entrepris dans l'établissement.
3.4.3.9		Ecart 18 : La pesée de tous les résidents chaque mois n'est pas garantie, ce qui ne permet pas d'assurer une prise en charge individualisée de qualité, ce qui contrevient aux articles L.311-3 3° et D.312-155-0 2° du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La liste fournie par l'établissement ne concerne que 29 résidents et ne contient qu'un poids par résident et une date. Elle ne permet pas d'établir une fréquence des pesées. Parmi ces 29 résidents, 8 résidents ont un IMC inférieur ou égal à 18. Les données fournies par l'établissement sont partielles et ne permettent pas à la mission de s'assurer des moyens mis en œuvre par l'établissement pour la prévention de la dénutrition des résidents.	

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
4.2.12	Les interventions des personnels libéraux : Le RAMA souligne la difficulté de trouver des médecins traitants, ce qui conduit le MedCo à assurer le suivi de la majorité des résidents de l'EH PAD. Une orthophoniste intervient les lundis et jeudis matin. Elle prend en charge 7 résidents. Elle procède à un bilan déglutition à la demande du MedCo pour tous les résidents en cas de besoin. Quatre kinésithérapeutes interviennent au sein de l'établissement, du lundi au vendredi. Chaque kinésithérapeute intervient 3 à 4 heures par jours. Ils sont d'astreinte le week-end et les jours fériés en cas de besoin de kinésithérapie respiratoire. Ils prennent en charge au total 79 résidents soit 80% des résidents à raison de 2 à 5 fois par semaine.	

Risques environnementaux

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	L'amiante : L'établissement a transmis une fiche récapitulative du DTA datée de 2005 indiquant l'absence d'amiante. Un diagnostic amiante datant de 2021 a également été joint. L'absence d'amiante est confirmée.	
	Les DASRI : L'établissement a transmis la convention de collecte établie avec le collecteur ELIS en date du 15 novembre 2022. Il s'agit d'une collecte avec regroupement. La convention est conforme à la réglementation. Seuls les bons de prise en charge de l'année 2022 ont été transmis. Aucun bordereau de suivi de déchets attestant de l'élimination des DASRI n'a été transmis. De nombreux refus de prise en charge par le collecteur ont eu lieu en 2022. Cela met en évidence des défauts de fermeture sur les boîtes cartonnées jaunes (mal fermées, trop pleines...) qui peuvent occasionner un risque lors la manipulation de ces cartons tant pour le personnel de l'établissement que celui de la société de collecte.	Ecart 19 : En l'absence de transmission des bordereaux de suivi des DASRI correspondant aux bons de prise en charge, la mission de contrôle ne peut établir l'existence des documents qui permettent le suivi des opérations d'élimination des DASRI, ce qui contrevient à l'article L.1335-4 du CSP. Remarque 26 : La mission de contrôle constate des défauts de fermeture sur les boîtes cartonnées jaunes qui constituent un risque dans la manipulation pour le personnel.
	Légionelles : Les analyses transmises contiennent les résultats des années 2021 et 2022. Les résultats d'analyses de légionelles comprennent le retour de boucle et le fond de ballon pour l'année 2021. Pour l'année 2022, la mission de contrôle note l'absence de résultats d'analyses de légionelles sur le fond de ballon. Au cours de l'année 2021, la présence de légionelle <i>pneumophila</i> (Lp) a été détectée dans le retour de boucle ([Lp]=18 ufc/L), ainsi que dans plusieurs chambres ([Lp]_{max} = 1000 ufc/L). Ces points d'usage auraient nécessité une surveillance de l'évolution des légionelles sur l'année suivante. Cependant aucun suivi n'a été observé. Pour l'année 2022, seules deux chambres (109 et 218) présentent respectivement une concentration en légionelle <i>pneumophila</i> à 50 ufc/L et 60 ufc/L, et le vestiaire homme ([Lp] = 10 ufc/L). Sur plusieurs points d'usage, les températures sont supérieures à 50°C	Ecart 20 : Le contrôle de l'ensemble des points de surveillance n'est pas complet, ce qui contrevient aux dispositions de l'arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Annexe 2) Ecart 21 : Le suivi du plan d'action en cas de dépassement des concentrations réglementaires en légionelles n'inclut pas un recontrôle des points d'usage après traitements du réseau d'ECS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire. Remarque 27 : L'établissement ne garantit pas que la température des points d'usage d'ECS est conforme à la réglementation en vigueur.

Récapitulatif des écarts et des remarques

N°	Référence	Ecart
E1	1.2.1.6 Management et stratégie	Ecart 1 : Le plan bleu ne comporte pas de procédure en cas de rupture de la fourniture d'eau potable et de procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan, en application de l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
E2	1.2.1.6 Management et stratégie	Ecart 2 : L'absence de transmission à l'équipe de contrôle des annexes 1 à 17 du plan bleu ne permet pas de garantir que le plan bleu est conforme à l'arrêté de novembre 2022.
E3	1.3.3.1 Animation et fonctionnement des instances de participation des familles	Ecart 3 : Le règlement de fonctionnement du CVS n'est pas mis en conformité avec le décret 2022-731 du 27 avril 2022.
E4	1.3.3.2 Animation et fonctionnement des instances de participation des familles	Ecart 4 : Le CVS n'est pas informé des EI et des EIG et des actions correctrices mises en œuvre, ce qui contrevient à l'article R331-10 CASF.
E5	1.4.3.2/1.4.3.3 Gestion de la qualité	Ecart 5 : La procédure de gestion des EIG ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République.
E6	1.5.1.5/1.5.1.6 Gestion de la qualité	Ecart 6 : Quatre EIG sur les cinq mentionnés dans le tableau transmis à la mission de contrôle n'ont pas été déclarés aux autorités de tarification. [redacted] n'a pas été transmis à l'ARS, ce qui contrevient à l'article L.331-8 du CASF.
E7	1.5.1.5/1.5.1.6 Gestion de la qualité	Ecart 7 : Les retours d'expérience ne sont pas systématiquement formalisés suite aux EI importants ou aux EIG.
E8	2.1.1.1 Gestion des ressources humaines	Ecart 8 : Des auxiliaires de vie assurent des missions de soignants, ce qui contrevient à l'article D.312.155-0 du CASF.
E9	2.1.1.1 Gestion des ressources humaines	Ecart 9 : Il manque un ETP [redacted] et 6 ETP [redacted] dans l'effectif, ce qui ne permet pas d'assurer une qualité de prise en charge aux résidents, ce qui contrevient aux dispositions des articles D.312-155-0, II et L.311-3 3° du CASF.
E10	2.1.1.3 Gestion des ressources humaines	Ecart 10 : [redacted] ne contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 3° du CASF.

N°		Référence	Ecart
E11	2.1.4.5 Gestion des ressources humaines	Ecart 11 :	
E12	3.1.3.3 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 12 :	Le résident et/ou sa famille ne participent pas activement à l'élaboration du projet de vie, ce qui contrevient à l'article L.311-3 7° du CASF.
E13	3.1.3.3 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 13 :	L'établissement ne procède pas à la mise à jour annuelle des projets personnalisés, ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge individualisée, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
E14	3.1.4.4 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 14 :	La commission de coordination gériatrique ne se réunit pas une fois par an, ce qui contrevient à l'article D.312-158 3 du CASF.
E15	2.5.4.3 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 15 :	Le temps de réponse aux appels malades n'est ni mesuré ni suivi, ce qui contrevient à l'article L. 311-3 du CASF.
E16	3.8.2.22 Soins	Ecart 16 :	La procédure « Circuit du médicament » ne précise quels professionnels ont accès aux locaux de soins, et qui est autorisé à administrer les médicaments préparés par l'IDE et à quelles conditions, ce qui contrevient aux articles L313-26 du CASF et R4311-4 du CSP.
E17	3.8.2.22 Soins	Ecart 17 :	Le protocole de gestion de la douleur ne précise pas quel type de professionnel est habilité à évaluer la douleur, à administrer les antalgiques et à suivre l'évolution de la douleur, ce qui contrevient aux articles L313-26 du CASF et R4311-4 du CSP.
E18	3.4.3.9 Soins	Ecart 18 :	La pesée de tous les résidents chaque mois n'est pas garantie, ce qui ne permet pas d'assurer une prise en charge individualisée de qualité, ce qui contrevient aux articles L.311-3 3° et D.312-155-0 2° du CASF.
E19	Les DASRI	Ecart 19 :	En l'absence de transmission des bordereaux de suivi des DASRI correspondant aux bons de prise en charge, la mission de contrôle ne peut établir l'existence des documents qui permettent le suivi des opérations d'élimination des DASRI, ce qui contrevient à l'article L.1335-4 du CSP.
E20	Les légionelles	Ecart 20 :	Le contrôle de l'ensemble des points de surveillance n'est pas complet ce qui contrevient aux dispositions de l'arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Annexe 2).
E21	Les légionelles	Ecart 21 :	Le suivi du plan d'action en cas de dépassement des concentrations réglementaires en légionelles n'inclut pas un recontrôle des points d'usage après traitements du réseau d'ECS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire.

Nbre	Référence	Remarques
R1	1.2.1.4 Management et stratégie	Remarque 1 : Les mises à jour du projet d'établissement ne tiennent pas compte des modifications réglementaires ou du cadre de travail (CPOM, arrêté d'habilitation à l'aide sociale, composition du CVS, définition de la maltraitance (article L.119-1 du CASF), etc....)
R2	1.2.1.5 Management et stratégie	Remarque 2 : Le projet d'établissement ne précise pas les cycles de travail.
R3	1.2.1.5 Management et stratégie	Remarque 3 : Concernant le projet d'animation, le projet d'établissement ne précise pas : • les objectifs chiffrés (nombre de résidents par animation, temps pour les soignants) • le rôle des bénévoles auprès des résidents • la nature du travail avec les résidents et leurs proches pour maintenir les liens dans le projet d'animation.
R4	1.2.1.5 Management et stratégie	Remarque 4 : Le rôle des différents référents n'est pas clairement défini. Le rôle et la fonction du professionnel référent en charge du suivi du projet personnalisé du résident ne sont pas définis dans le projet d'établissement.
R5	1.2.1.5 Management et stratégie	Remarque 5 : Le projet d'établissement ne pose pas systématiquement des objectifs pour les années 2019-2024 et ceux-ci ne sont pas mis en lien avec des indicateurs chiffrés permettant de suivre la progression de la réalisation du projet d'établissement.
R6	1.2.2.12 Management et stratégie	Remarque 6 : L'IDEC n'a pas de certification d'infirmier coordonnateur.
R7	1.4.3.1 Gestion de la qualité	Remarque 7 : Aucune analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur n'est mise en place.
R8	1.4.3.1 Gestion de la qualité	Remarque 8 : Le personnel de l'EHPAD est formé en trop petit nombre aux thématiques qui relèvent de la bientraitance.
R9	1.4.3.2/1.4.3.3 Gestion de la qualité	Remarque 9 : La procédure de gestion des ELG ne mentionne pas les situations de harcèlement sexuel et d'agression.
R10	1.5.1.1 Gestion des risques des crises et des événements indésirables	Remarque 10 : Les enquêtes de satisfaction n'ont pas été transmises à la mission de contrôle qui ne peut garantir qu'elles ont été menées.
R11	1.5.1.3 / 1.5.1.5 : Gestion des risques des crises et des événements indésirables	Remarque 11 : Aucune formation portant sur la qualification et le repérage des EI ainsi que sur la conduite des retours d'expérience n'est organisée

R12	1.5.1.3 / 1.51.5 : Gestion des risques des crises et des événements indésirables	Remarque 12 : Au vu du nombre d'EI déclarés par mois, la culture de l'EI ne paraît pas suffisamment répandue au sein de l'établissement.
R13	2.1.1.3 Gestion des ressources humaines	Remarque 13 : [REDACTED]
R14	2.1.2.1 Gestion des ressources humaines	Remarque 14 : Les documents fournis ne permettent pas de s'assurer que les salariés ont eu accès et auront accès à des formations adaptées aux besoins des résidents.
R15	2.1.2.1 Gestion des ressources humaines	Remarque 15 : Les documents fournis ne permettent pas d'attester qu'un plan de qualification des auxiliaires de vie est déployé.
R16	2.1.2.5 Gestion des ressources humaines	Remarque 16 : Les documents mis à disposition des nouveaux salariés ne leur présentent pas les règles de fonctionnement de l'établissement ni les protocoles les plus importants.
R17	2.1.4.2 Gestion des ressources humaines	Remarque 17 : L'absence de fiches de tâches et de fiches de poste ne permet pas de garantir que les missions et les tâches accomplies par les aides-soignants, les AES/AMP et les auxiliaires de vie sont conformes à leur qualification.
R18	3.1.1.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 18 : La procédure d'admission ne précise pas les acteurs de l'admission, ce qui ne garantit pas que les actes essentiels soient accomplis.
R19	3.1.4.4 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 19 : La politique de prévention menée par l'établissement n'est pas formalisée, par la tenue de commissions (chutes, escarres contention, CLAN...) ce qui ne permet pas d'optimiser la réflexion collective sur les actions préventives à mener.
R20	3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 20 : L'intervention des bénévoles ne correspond à ce qui est noté dans le projet d'établissement. Elle est insuffisamment définie et cadrée.
R21	3.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 21 : L'intervention des bénévoles a lieu exclusivement le lundi et le mercredi de 13 à 14h.
R22	3.2.2.2/3.2.2.5 Respect des droits des personnes	Remarque 22 : Le paragraphe du contrat de séjour portant sur les frais liés à la dépendance ne peut être rempli au moment de la signature du contrat de séjour.

R23	3.2.3.1 Respect des droits des personnes	Remarque 23 : La procédure « Gestion des contentions » ne précise pas la nature des risques majeurs qui peuvent conduire à la prescription d'une contention.
R24	3.8.2.24 Soins	Remarque 24 : Le protocole de gestion de la douleur en l'absence du MedCo ou de l'IDE n'est pas conforme à ce qui est décrit dans le RAMA 2022.
R25	3.8.2.25 Soins	Remarque 25 : Le RAMA ne propose pas de bilan des soins palliatifs entrepris dans l'établissement.
R26	Les DASRI	Remarque 26 : La mission de contrôle constate des défauts de fermeture sur les boîtes cartonnées jaunes qui constituent un risque dans la manipulation pour le personnel.
R27	Légionelles	Remarque 27 : L'établissement ne garantit pas que la température des points d'usage d'ECS est conforme à la réglementation en vigueur.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD « Les Jardins de Montmartre », géré par OMEG'AGE GESTION a été réalisé le 17 avril 2023 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

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

- Gouvernance :
 - o La présence d'outils de management
 - o La participation de soignants au projet d'établissement
 - o La réunion régulière du CVS
 - o Une plan d'amélioration continue de la qualité, suivi par un référent Qualité et alimenté par les enquêtes, les pliantes, les événements indésirables
 - o Une politique de promotion de la bientraitance formalisée
 - o Une procédure de gestion des EI qui précise les objectifs de l'analyse des événements indésirables
- Gestion des ressources humaines
 - o La mise en place d'une équipe volante d'aides-soignants et d'auxiliaires de vie
- Prise en charge
 - o Une fiche de procédure qui définit le rôle de chaque professionnel dans le suivi du projet personnalisé
 - o Un livret d'accueil du résident et un contrat de séjour élaborés dans le cadre du respect des droits des personnes.
 - o Une procédure relative aux contentions,
 - o Une procédure de prise en charge de la douleur
 - o Un protocole lié à une démarche palliative.

Elle a également relevé les dysfonctionnements suivants :

- Une culture de l'évènement indésirable insuffisamment partagée (une absence de formalisation retours d'expérience suite aux événements indésirables graves (EIG) et une absence d'information du CVS concernant les EI et EIG et les mesures correctrices mises en œuvre). La culture du repérage et de la déclaration de l'évènement indésirable est insuffisamment répandue au sein de l'établissement.
- Des glissements de tâches du fait que des auxiliaires de vie assurent des missions de soignants et que les procédures, protocoles de soins et documents officiels ne différencient pas les tâches accomplies par les aides-soignants, les AES/AMP et les auxiliaires de vie. L'absence de fiches de tâches ne permet pas de garantir que les missions et les tâches accomplies par les aides-soignants, les AES/AMP et les auxiliaires de vie sont conformes à leur qualification. Les procédures liées au soin ne précisent pas quel type de personnel est habilité à accomplir les gestes requis.
- Un recours massif aux CDD.
- Une absence de certification d'infirmier coordonnateur
- La non-conformité du plan bleu
- L'absence de procédure de gestion des situations de violence et d'agression sexuelle.
- Une absence de suivi de l'ensemble des points de surveillance concernant la légionelle.
- Une procédure d'admission du groupe qui n'a pas été adaptée à l'établissement.
- Une absence de mise à jour annuelle des projets personnalisés.
- L'absence de régularité dans le suivi des pesées de chaque résident.
- Une politique de promotion de la bientraitance portée par un nombre insuffisant de salariés formés aux différentes thématiques qui relèvent de la bientraitance et l'absence d'analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur.
- L'absence d'un protocole d'accueil permettant à chaque salarié (en CDI ou vacataire) de se repérer dans l'établissement.

- L'absence de commissions notamment chutes, contentions, CLAN permettant de piloter une politique de prévention à l'égard de la santé des résidents.
- Une répartition inégale des bénévoles sur la semaine.
- Une gestion des risques environnementaux à améliorer.

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

Saint Denis, le 11 août 2023

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

Glossaire

AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
C : conforme
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CDS : Contrat de séjour
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés
CNR : Crédits non reconductibles
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : Code de la santé publique
CT : Convention tripartite pluriannuelle
CVS : Conseil de la vie sociale
DADS : Déclaration annuelle des données sociales
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DLU : dossier de liaison d'urgence
DUD : Document unique de délégation
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
E : Ecart
EHPA : Etablissement hébergeant des personnes âgées
EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave
ETP : Equivalent temps plein
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré
HACCP : « *Hazard Analysis Critical Control Point* »
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé (ex-ANESM)
HCSP : Haut-comité de santé publique
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur
MEDEC : Médecin coordonnateur
NC : Non conforme
PVP : Projet de vie personnalisé
PAQ : Plan d'amélioration de la qualité
PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés
PECM : Prise en charge médicamenteuse
PMR : Personnes à mobilité réduite
PMP : PATHOS moyen pondéré
PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle
R : Remarque
RDF : Règlement de fonctionnement
UHR : Unité d'hébergement renforcée
UVP : Unité de vie protégée

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



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

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

Affaire suivie par : Firyel ABDELJAOUAD

Madame Firyel ABDELJAOUAD, coordinatrice de la mission d'inspection, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

Madame Christel ROUGY, ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

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

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

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

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

Saint-Denis, le 7 avril 2023

Mesdames,

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

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

- 1 La gestion des ressources humaines ;
- 2 La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance ;
- 3 L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante ;
- 4 La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance.

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

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur-pièces de l'EHPAD « Les Jardins de Montmartre » (FINESS géographique 750000366) situé 18 rue Pierre Picard, 75018 Paris, géré par OMEGA'AGE GESTION, qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris

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

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

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Firyel ABDELJAOUAD, Coordinatrice de la mission d'inspection, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;

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

- Madame Christel ROUGY, ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris
- Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure du génie sanitaire responsable du Pôle Santé environnement, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation Départementale de Paris.

Le contrôle, sur pièces, sera réalisé à compter du **vendredi 7 avril 2023**. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. La mission pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

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

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

P10

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



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

Q1	1	Liste nominative des résidents admis à la date du contrôle avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance, leur date d'entrée, la date du dernier PAI, le bénéfice éventuel de l'aide sociale, le type de la protection juridique éventuelle (Excel)	OUI
Q1	2	Grilles de suivi du nombre de journées réalisées pour chaque activité (PASA et UHR) pour l'année N-1 et le jour du contrôle	OUI
Q2	3	Règlement de fonctionnement	OUI
Q2	4	Plan des locaux de l'établissement	OUI
Q2	5	Projet d'établissement	OUI
Q2	6	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)	OUI
Q2	7	Organigramme comportant les noms et temps de travail des personnels (Excel si possible)	OUI
Q2	8	Diplôme du directeur de l'EHPAD	OUI
Q2	9	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD	OUI
Q2	10	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	OUI
Q2	11	Procédures et/ou convention d'astreinte	OUI
Q2	12	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois + légende (Excel)	OUI
Q2	13	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	OUI
Q2	14	IDEC : Contrat de travail, Fiche de poste ou feuille de route, Diplôme d'IDE et de Cadre de santé, Inscription à l'ordre des infirmiers	OUI (sauf diplôme de cadre de santé)
Q2	15	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, le dernier bulletin de salaire	OUI
Q3	16	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS	OUI
Q3	17	Les comptes rendus des CVS N et N-1	OUI
Q4	18	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation	OUI
Q4	19	Dernière évaluation externe	OUI
Q4	20	Dernière évaluation interne	OUI
Q4	21	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2	NON
Q5	22	Registre des plaintes et réclamations	Mars et avril 2023
Q5	23	Les trois dernières réclamations et leur traitement	OUI
Q5	24	Procédure de gestion des événements indésirables et événements indésirables graves	OUI
Q5	25	Liste des EI et EIG des années N-1 et N	OUI
Q5	26	Liste des signalements au Procureur de la République des années N-1 et N	OUI
Q5	27	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les trois derniers EIG	UN
Q6	28	Registre du personnel N-1 & N-2 comportant les indications sur les ETP (Excel)	OUI
Q6	29	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir + ETP (Excel)	OUI
Q6	30	Plan de développement des compétences (formation internes et externes) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1 (Excel si possible)	OUI (sauf N+1)
Q6	31	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)	OUI
Q6	32	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit + Légende (Excel)	OUI
Q6	33	Une fiche de tâches horaires, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AES (ou AMP), ASG, IDE	NON

Q6	34	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	OUI
Q7	35	Procédure d'admission des résidents	OUI
Q7	36	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)	OUI
Q7	37	Relevé des pesées et des IMC pour chaque résident accueillis dans la structure en année N-1 (Excel)	OUI
Q7	38	Les 2 derniers CR de la commission de coordination gériatrique	NON
Q7	39	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	OUI
Q7	40	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (Excel disponible sur Collecte Pro)	OUI
Q7	41	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)	OUI
Q8	42	Livret d'accueil du résident	OUI
Q8	43	Contrat de séjour type et ses annexes	OUI
Q8	44	Procédure relative aux contentions	OUI
Q8	45	RAMA	OUI
Q9	46	Convention pharmacie EHPAD (sauf PUI) et procédure du circuit du médicament	OUI
Q9	47	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	OUI
Q9	48	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	OUI
Q9	49	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	OUI
Q9	50	La liste des intervenants paramédicaux libéraux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) avec leur identité, leur qualification, leur planning et le nombre de résidents pris en charge	OUI
Q10	51	La fiche récapitulative (FR) du dossier technique amiante (DTA)	OUI
Q10	52	La convention de collecte avec prestataire des DASRI et bordereaux de suivi ou de prise en charge	OUI sauf bordereaux de suivi
Q10	53	Les analyses légionelles réalisées sur le réseau d'eau chaude sanitaire (années N et N-1 ou années N-1 et N-2 si les prélèvements de l'année N se sont pas encore réalisés)	OUI