

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées  
dépendantes (EHPAD)**

**« Alice PRIN »**

**5 à 17 rue Maria Helena Vieira Silva, 75014 Paris**

**N° FINESS 75 072 058 3**

**RAPPORT DE CONTRÔLE**

**N° 2023\_IDF\_00240**

**Contrôle sur pièces du 17/04/2023**

**Mission conduite par**

- Madame Christel ROUGY, coordonnatrice de la mission d'inspection, ingénierie du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile de France
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de mission Secteur Personnes Agées, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile de France
- Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris
- Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile de France
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, 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, ingénierie du génie sanitaire, responsable du Pôle Santé-Environnement, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile de France
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, 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<sup>e</sup> du CRPA dispose que : « *ne sont pas communicables (...), les autres documents administratifs dont la consultation ou la communication porterait atteinte (...) au déroulement des procédures engagées devant les juridictions ou d'opérations préliminaires à de telles procédures, sauf autorisation donnée par l'autorité compétente* ».

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

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

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

Enfin :

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

## SOMMAIRE

<b>Synthèse .....</b>	<b>4</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>6</b>
Contexte de la mission de contrôle.....	6
Modalités de mise en œuvre.....	6
Présentation de l'établissement.....	7
<b>Constats.....</b>	<b>9</b>
Gouvernance .....	10
Conformité aux conditions de l'autorisation.....	10
Management et Stratégie.....	10
Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS).....	13
Gestion de la qualité .....	13
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables .....	16
Fonctions support.....	17
Gestion des ressources humaines .....	17
Prises en charge.....	22
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie .....	22
Respect des droits des personnes .....	24
Soins.....	24
Coordination avec les autres secteurs.....	26
Risques environnementaux.....	27
<b>Conclusion .....</b>	<b>35</b>
<b>Glossaire.....</b>	<b>37</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>38</b>
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle .....	38
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	41

## Synthèse

<u>Données générales sur l'établissement</u>			
<b>Nom</b>	Alice PRIN	<b>Capacité hébergement permanent</b>	112
<b>Adresse</b>	5 à 17 rue Maria Helena Vieira Silva	<b>Places habilités aide sociale</b>	112
<b>Arrondissement</b>	75014	<b>Présence d'une UVP</b>	NON
<b>Gestionnaire</b>	Centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP)	<b>Places en UHR</b>	0
<b>Statut juridique</b>	Public	<b>Places en PASA</b>	0

### Eléments déclencheurs de la mission

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

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

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan, dans un calendrier prenant en compte la date prévisionnelle de signature du CPOM.

### Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

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 informées 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 quasi-totalité des documents demandés a été transmise par la Direction de l'établissement et dans les délais impartis.

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

### Points forts de l'établissement relevés par la mission

#### GOUVERNANCE

1. Conformité aux conditions d'autorisation
  - Un taux d'occupation satisfaisant
2. Animation et fonctionnement des instances
  - Un CVS établi qui se réunit régulièrement
3. Gestion de la qualité
  - L'établissement a procédé à une évaluation interne et une évaluation externe.
4. Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables
  - Un système d'enregistrement et de traitement des réclamations efficace

#### PRISE EN CHARGE

1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
  - Une procédure d'admission établie à laquelle participe le médecin coordonnateur
2. Soins
  - Un circuit du médicament établi
  - Un suivi des pesées et IMC satisfaisant

### Principaux écarts et remarques constatés par la mission

L'établissement est concerné par 12 écarts et 23 remarques. Les principaux sont :

- Le temps de présence du MedCo n'est pas conforme à la réglementation (Article D312-156 du CASF).
- Le CVS n'est pas informé des EI (article R331-10 du CASF).
- La mission constate un faible nombre d'EIG déclarés aux autorités de contrôle (Articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 du CASF, arrêté du 28 décembre 2016).
- La mission n'a pu établir la présence d'une IDE dans l'établissement l'après-midi du contrôle (article L311-3, 1<sup>o</sup> du CASF).

- Les AS et ASO exercent les mêmes missions alors que ces personnels ne disposent pas des mêmes qualifications, ce qui constitue un glissement de tâches (articles L451-1 et L311-3, 1<sup>o</sup> du CASF).
- La mission ne peut s'assurer que chaque résident dispose d'un PAI (article L311-3 3<sup>o</sup> du CASF).
- La Commission de Coordination Gériatrique ne s'est pas réuni en 2022 (D312-158, 3<sup>o</sup> du CASF).
- Au vu des documents transmis, la mission ne peut s'assurer de la réalisation de l'évaluation de la douleur au moins une fois par an par résident (L1110-5 CSP).
- Aucune convention de collecte des DASRI n'a été transmise.
- L'établissement n'a pas fourni les analyses légionnelles de l'année 2023.
- Les relevés de température sur les points de surveillance n'ont pas été réalisés comme le stipule la réglementation en vigueur.

**Remarques :**

- Le plan bleu est à compléter et à mettre en conformité avec 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 (EHPAD)
- Le PACQ transmis, faute d'indicateurs, ne permet d'analyser ni le niveau de réalisation de chaque objectif, ni les mesures correctrices mises en places.
- La mise à jour régulière du PACQ n'est pas assurée.
- Il n'existe pas de Copil Qualité au sein de l'établissement.
- La lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil.
- L'établissement ne dispose pas de procédure spécifique aux cas de violences ou de harcèlement sexuel.
- La qualification du personnel de remplacement n'est pas indiquée sur les plannings fournis.
- Il n'existe pas de temps de chevauchement entre les horaires de l'équipe de nuit et celle du matin pour les transmissions orales.
- Le rôle d'ASO et des missions qui peuvent leur être attribuées ne sont pas clairement définis.
- La mission a constaté une contradiction du rythme des réévaluations des prescriptions de contention entre le protocole (évaluation mensuelle) et le RAMA (évaluation journalière).

## 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 « Alice PRIN », situé au 5 à 17 rue Maria Helena Vieira Silva, 75014 Paris, FINESS n°75 072 058 3, 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'un contrôle sur place (inspection).

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

#### GOUVERNANCE

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

#### FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines (RH)

#### PRISE EN CHARGE

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

#### 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 jointes :

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

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

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

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

## Présentation de l'établissement

Situé au 5 à 17 rue Maria Helena Vieira Silva, l'EHPAD Alice PRIN est géré par le Centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP) dont le siège social se situe au 5 boulevard Diderot dans le 12<sup>ème</sup> arrondissement de Paris.

L'EHPAD Alice PRIN a été créé par arrêté conjoint du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France et du Maire de Paris en date du 16 août 2010. Il dispose de 112 places d'hébergement permanent. Il a ouvert le 1er décembre 2015.

Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour ces 112 places.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS du 11 avril 2017, le GMP s'élève à [REDACTED] et le PMP à [REDACTED]. Aussi, les données de l'EHPAD sont dans la médiane régionale pour le GMP et au-dessus pour le PMP (chiffres médians régionaux<sup>1</sup>).

Les 110 résidents accueillis au 17 avril 2023 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
Alice PRIN 2023	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
IDF <sup>2</sup> 2021	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Répartition des résidents par étage :

Etage	Unité	Nb. lits
RDC	Matisse	[REDACTED]
RDC	Picasso	[REDACTED]
1 <sup>er</sup>	Calder	[REDACTED]
1 <sup>er</sup>	Manray	[REDACTED]

Le budget accordé en 2022 (hors hébergement, car non communiqué par l'établissement) est de :

- 1 133 416,79 € au titre du soin
- 371 938,00 € au titre de la dépendance

Le tarif hébergement fixé en 2022 s'élève quant à lui à 88,60 € (108,16 € pour les résidents de moins de 60 ans).

L'établissement a signé une convention tripartite avec l'ARS et la Ville de Paris le 5 novembre 2015. Ses principaux objectifs sont :

1. L'aménagement et la sécurité des espaces
2. L'admission et l'accueil du résident
3. Organiser une prise en charge individualisée
4. Maintien du lien social
5. Garantir les droits et libertés des résidents
6. Restauration et nutrition
7. Animation
8. Bientraitance et gestion des événements indésirables
9. La qualité des soins
10. La fin de vie
11. Ressources humaines et organisation du travail
12. L'inscription de l'établissement dans un réseau local sanitaire et médico-social
13. Mise en place d'une organisation de gestion des crises
14. Assurer une démarche de prévention des risques sanitaires liés à la santé environnementale
15. Dématérialisation des procédures budgétaires

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

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

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

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Alice PRIN		
Nom de l'organisme gestionnaire	CASVP		
Numéro FINESS géographique	75 004 837 3		
Numéro FINESS juridique	75 072 058 3		
Statut juridique	Public		
Option tarifaire	Tarif global		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Oui (PUI du CASVP)		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP <sup>3</sup>	112	112
	HT <sup>4</sup>	0	
	UVP <sup>5</sup>	0	
	PASA <sup>6</sup>	0	
	UHR <sup>7</sup>	0	
	UPHV <sup>8</sup>	0	
	AJ <sup>9</sup>	0	
	AN <sup>10</sup>	0	
	PFR <sup>11</sup>	0	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	112		

<sup>3</sup> Hébergement permanent

<sup>4</sup> Hébergement temporaire

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

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

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

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

<sup>9</sup> Accueil de jour

<sup>10</sup> Accueil de nuit

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

## Constats

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

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

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

## Gouvernance

### Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Conformité aux conditions d'autorisation	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.1.1.2	<p>Le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de 110 le 17/04/2023.</p> <p>Le nombre de places en hébergement permanent autorisé est de 112.</p> <p>Le taux d'occupation est donc de 98% le 17/04/2023, ce qui est conforme aux conditions d'autorisation.</p>		
1.1.3.1	<p><u>Répartition des résidents en fonction du GIR</u></p> <p>La répartition des GIR de l'établissement est la suivante :</p> <p>-Proportion GIR 1 à 3 : █ % résidents sur 110  -Proportion GIR 1 à 2 : █ % résidents sur 110) selon le nombre de résidents présents le jour du contrôle.</p> <p>Ces proportions sont conformes à la réglementation.</p>		

### Management et Stratégie

N°IGAS	Le règlement de fonctionnement	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	<p>Un règlement de fonctionnement non daté a été transmis à la mission. Il s'agit d'un règlement de fonctionnement commun à l'ensemble des EHPAD du CASVP.</p> <p><b>Le règlement de fonctionnement transmis n'est pas le dernier adopté par le Conseil d'Administration du CASVP (Dernier règlement de fonctionnement adopté le 10/10/2019).</b></p> <p>Il n'est pas fait mention d'un affichage du règlement de fonctionnement, par contre le CVS a bien été consulté.</p> <p>L'ensemble des éléments attendus sont présents dans le règlement de fonctionnement.</p>		<p><b>Remarque 1 :</b> La mission constate que le règlement de fonctionnement transmis n'est pas le dernier adopté.</p>

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p><b>Le projet d'établissement</b></p> <p>Le projet d'établissement fourni à la mission couvre la période 2018-2022.</p> <p>1.2.1.4 Le préambule mentionne qu'il a été « élaboré avec des professionnels motivés et impliqués dans la vie de tous les jours, cet outil est essentiel. La démarche a été participative et collective : professionnels, résidents, familles. Le résident a été placé au cœur des réflexions menées par les différents acteurs de la structure. La démarche s'articule avec les évaluations interne et externe. » Les familles et les résidents ont été également associés.</p> <p>Il est également mentionné que « La démarche d'élaboration du nouveau projet d'établissement a été présentée lors d'une réunion de direction au CODIR (comité de direction). La démarche a ensuite été présentée à l'ensemble du personnel. »</p> <p><b>Le contenu du projet d'établissement</b></p> <p>Le projet d'établissement transmis à la mission n'est plus en court de validité.</p>	<p><b>Écart 1:</b> Le projet d'établissement n'est plus valide (Article L311-8 du CASF).</p> <p><b>Remarque 2 :</b> Le plan bleu est à compléter et à mettre en conformité avec l'instruction interministérielle N°DGSS/SS2/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 (EHPAD).</p>
	<p><b>Le plan bleu</b></p> <p>L'établissement a établi un plan bleu transmis à la mission. Ce plan n'est pas complet pour certaines parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le tableau de la « Typologie détaillée des résidents (en cas d'évacuation)», p.7</li> <li>une partie indiquant les modalités de révision du plan.</li> </ul>	
	<p><b>Organigramme de la structure</b></p> <p>Un organigramme a été transmis à la mission. Il ne comporte pas la mention des ETP sauf pour les médecins.</p>	<p><b>Remarque 3 :</b> L'organigramme transmis à la mission ne comporte pas la mention des ETP.</p>

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.2.6	<b>Directeur de l'établissement</b> Il y a une directrice en poste dans l'établissement. Elle dispose d'une fiche de poste.	
1.2.2.7	<b>Diplômes du directeur</b> La directrice de l'établissement est [REDACTED] cela indique un niveau de diplôme conforme à la réglementation.	
1.2.2.8	<b>Astreintes administratives</b> Une procédure d'astreinte administrative a été fournie à la mission et un planning jusqu'à mai 2023.	
1.2.2.10	<b>Déléation de pouvoirs</b> Les délégations ont été formalisées par écrit.	
1.2.2.12	<b>Présence et qualifications de l'IDEC</b> Une IDEC est en poste dans l'établissement. Elle dispose d'une diplôme d'infirmière diplômée d'Etat et d'un diplôme de cadre de santé.	
	<b>Présence et temps de travail du médecin-coordonnateur</b> Une médecin coordinatrice (MeDCo) est en poste dans l'établissement le jour du contrôle à [REDACTED] ETP. Pour un établissement de 112 places, le temps de présence de la MeDCo devrait être de [REDACTED] ETP.	<b>Écart 2 : Le temps de présence de la MeDCo n'est pas conforme à la réglementation (D312-156 du CASE).</b>
	<b>Qualifications du médecin-coordonnateur</b> La MeDCo dispose d'un diplôme de [REDACTED] et d'une fiche de poste conformes à la réglementation.	
1.2.2.15		

## Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS)

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
<b>1.3.3.1</b>	<b>Conseil de la vie sociale</b>  Le CVS se réunit régulièrement (4 fois en 2022). Le dernier CVS s'est tenu le 23 mars 2023. Sa composition est la suivante : – 2 représentants titulaires des résidents – 2 représentants titulaires des familles – 2 représentants du personnel – Des représentants de l'établissement  Les dernières élections se sont tenues le 28 mars 2022.  Il est à noter que le poste de président n'est pas pourvu faute de candidats parmi les résidents. Il a été proposé lors du dernier CVS d'organiser un CVS dédié à ce sujet.  Le règlement de fonctionnement du CVS a été modifié suite au décret en date du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale. Il est indiqué que le nouveau règlement de fonctionnement (transmis à la mission) sera adopté lors du prochain CVS.	<b>Écart 3 :</b> Le CVS n'est pas systématiquement informé du bilan des EI et des dysfonctionnements de l'établissement (Article R331-10 du CASF).
<b>1.3.3.2</b>	<b>Présentation des EI et dysfonctionnement en CVS</b>  Les comptes rendus transmis ne font pas état d'une présentation des EI et dysfonctionnements au CVS	
<b>Gestion de la qualité</b>		
<b>14.1.7</b>	<b>Observations ou commentaires</b>  <b>Le plan de d'amélioration continue de la qualité (PACQ)</b>  L'établissement a transmis un PACQ.  L'étude de celui-ci montre que de nombreuses actions n'ont pas été « traitées » comme : – La mise en place de la commission de coordination gériatrique (cf. 3.1.4.4) – le projet de soins de l'établissement, le projet de soins de tous les résidents (cf. 3.1.3.3), les protocoles de soins (depuis 2017 l'action est notée en cours).  Pourtant la lecture du projet d'établissement transmis permet de vérifier qu'il y a bien un projet de soins qui a été rédigé.	<b>Constat E/R</b>  <b>Remarque 4 :</b> Le PACQ transmis, faute d'indicateurs, ne permet d'analyser ni le niveau de réalisation de chaque objectif, ni les mesures correctrices mises en places.  <b>Remarque 5 :</b> La mise à jour régulière du PACQ n'est pas assurée.  <b>Remarque 6 :</b> La mission ne peut s'assurer de l'existence d'un COPIL Qualité au sein de l'établissement.

N° GAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	<p>Par ailleurs, en l'absence d'indicateurs de suivi et d'évaluation des objectifs et de précisions concernant les actions à mettre en place, ce PACQ ne permet pas une analyse du niveau de réalisation des objectifs et de proposer des mesures correctrices. Il est juste indiqué pour chaque objectif, s'il est traité, en cours en traitement ou non traité.</p> <p>A la lecture des documents fournis, la mission ne peut s'assurer de l'existence d'un COPIL Qualité mis en place au sein de l'établissement.</p>	
	<p><b>Évaluations Interne et externe</b></p> <p>L'établissement a fait l'objet d'une évaluation externe en 2017, soit à peine deux ans après son ouverture. Celle-ci a été transmise à la Ville de Paris et à l'ARS.</p> <p>14.2.1 Une évaluation interne a également été réalisée en 2017.</p> <p>L'évaluation externe préconisait à l'établissement d'élaborer les projets personnalisés en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Cette action est incluse dans le PACQ avec une échéance fixée au 31 décembre 2020. A la lecture du PACQ, cette action apparaît comme très partiellement réalisée (cf. écart 3.1.3.3).</p> <p><b>Politique de bientraitance/lutte contre la maltraitance</b></p> <p>Le livret d'accueil ne fait pas mention d'une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.</p>	<p><b>Remarque 7 :</b> La lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil.</p>
14.3.1	<p>Le plan de développement des compétences 2023 (formation externe) a été transmis. Il montre que 35 personnels soignant vont être formés à la bientraitance sur le premier semestre 2023. Chaque soignant participe à deux sessions de formation de deux jours.</p> <p>En 2022, 4 personnes ont été formées à la bientraitance. Le compte-rendu du dernier CVS en date du 23 mars 2023 indique que l'objectif est de former 40 personnes à la bientraitance en 2023 et autant en 2024.</p>	<p><b>Remarque 8 :</b> L'établissement ne dispose pas de procédure spécifique aux cas de violence ou de harcèlement sexuel.</p>
14.3.2	<p><b>Procédure en cas de violence et harcèlement sexuel</b></p> <p>La procédure de déclaration des EI/EIG encourage le personnel à faire remonter et enregistrer dans le logiciel [redaction] tous les cas de violence. Ces situations sont enregistrées dans la liste des EI/EIG et un accompagnement du personnel victime doit être assuré.</p> <p>Un cas de violence sexuelle d'un personnel sur une collègue a été signalé et la victime a été accompagnée au commissariat pour porter plainte.</p> <p>La procédure de signalalement des EI/EIG ne mentionne pas expressément les cas de violence ou de harcèlement sexuel mais inclut ce type d'événements dans ceux devant être déclarés et enregistrés sur le logiciel [redaction]</p>	14/42

N° GAS	Observations ou commentaires	Procédure de signalement en cas d'agression	Constat EIG
1.4.3.3	<p>La procédure de signalement en cas d'agression est incluse dans celle de gestion des EIG.</p> <p>S'il n'y pas mention de l'article L.313-24 du CASF, la charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables, annexée à la procédure de gestion des EIG, précise bien que le professionnel signalant ne sera pas sanctionné tant qu'il n'a pas manqué délibérément aux règles de sécurité ou aux bonnes pratiques professionnelles.</p>		

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

N°GAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	<b>Système d'enregistrement des réclamations et des plaintes</b>	
1.5.1.1	<p>La direction indique qu'un registre des doléances est disponible à l'accueil (photo transmise). Une boîte aux lettres « Plaintes et réclamations » a été installée en mars 2023. La direction précise que la plupart des plaintes et réclamations des familles se font par mail ou à l'occasion de visites.</p> <p>Les 3 dernières réclamations ont été transmises. Elles ont fait l'objet d'un traitement rapide et d'une réponse aux déclarants.</p>	
1.5.1.3	<p><b>Déclaration des évènements indésirables (EI/EIG)</b></p> <p>L'établissement a transmis la procédure de gestion des EI/EIG. Elle précise qu'un rapport circonstancié doit être rédigé pour les EI/GS et les « dysfonctionnements ». Celui-ci décrit l'EI/GS ou le « dysfonctionnement » (nature et chronologie des faits, personnes concernées) et les dispositions immédiates et différenciées prises afin de remédier aux dysfonctionnements et éviter qu'ils ne se reproduisent.</p> <p>Concernant la liste des EI transmises, la mission constate que peu d'entre eux font l'objet d'une description détaillée. Il est donc très difficile pour la grande majorité des EI d'avoir une connaissance précise de l'événement, ce qui ne permet pas d'en faire une analyse et de prendre les mesures préventives et correctrices.</p> <p>Une formation en interne sur les EI a été réalisée en 2022 par la référente qualité de la Direction des Solidarités. Les documents transmis ne permettent pas de connaître le nombre de personnes présentes ni la durée de cette formation. La mission ne peut donc s'assurer l'impact de cette action de formation.</p> <p>Les personnels déclarent les EI/EIG sur le logiciel [REDACTED]</p> <p><b>Analyses et suivi des RETEX</b></p> <p>La direction a transmis 4 RETEX pour des EI/G datant de 2016, 2017, 2021 et 2023.</p> <p>Ces RETEX comportent une description des EI/G, une analyse et les mesures préventives ou correctrices à mettre en œuvre.</p> <p>Le PACQ transmis ne prend pas en compte les mesures préventives prises suite à l'analyse des EI/EIG.</p> <p><b>Signalements et transmission des EI/G</b></p> <p>La direction a transmis une liste des EI/G de 2022 et 2023. Il est précisé qu'aucun EI/G n'a eu lieu en 2022 alors qu'un EI/G a été signalé à la Ville de Paris (agression sexuelle d'un personnel sur une collègue).</p>	<p><b>Remarque 9 :</b> Les EI ne font pas tous l'objet d'une description détaillée.</p> <p><b>Remarque 10 :</b> Le PACQ transmis ne prend pas en compte les mesures préventives suite à l'analyse des EI/EIG (cf. point 1.4.1.7).</p> <p><b>Remarque 11 :</b> La mission constate que l'EIG de 2022 transmis à la Ville de Paris n'a pas été recensé dans le cadre de cette mission de contrôle.</p>
1.5.1.6		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	En 2023, 1 EIG a été déclaré concernant un vol d'un résident par abus de faiblesse pour un montant de 30 000 €. Une plainte a été déposée au commissariat.	<b>Écart 4 :</b> La mission constate un faible nombre d'EIG déclarés aux autorités de contrôle (Articles L 331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF, arrêté du 28 décembre 2016).

## Fonctions support

### Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p><b>Les effectifs</b></p> <p>Les effectifs prévus par l'EHPAD sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au niveau des postes de direction (■ ETP) : une directrice (■ ETP), une adjointe ressource (■ ETP) et une directrice adjointe soins (■ ETP)</li> <li>• Au niveau administration (■ ETP) : SLRH (■ ETP), un service éconamat facturation (■ ETP), un service admissions régie (■ ETP)</li> <li>• Au niveau des postes de médecins (■ ETP) : un médecin coordinateur (à ■ ETP et ■ ETP de médecin traitant) et un médecin traitant (■ ETP)</li> <li>• Au niveau du personnel infirmier (■ ETP) : un cadre de santé (■ ETP) et sept IDE (■ ETP le matin, ■ l'après-midi, ■ la nuit)</li> <li>• Au niveau du personnel soignant : ■ ETP d'AS/AMP (■ ETP le matin, ■ l'après-midi et ■ la nuit) et ■ ETP ASO ■ ETP le matin et ■ l'après-midi)</li> <li>• Au niveau des services hôteliers (■ ETP) : ■ ETP cuisine (■ ETP ASE, ■ ETP AT et ■ ETP ASO), ■ ETP lingeerie, ■ ETP animation (■ ETP SAA et ■ ETP ASO), ■ ETP atelier entretien magasin (■ ETP ATP et ■ ETP ASO), ■ ETP salubrité nettoyage poubelle (■ ASO) et ■ ETP soins de confort (■ ETP coiffeur et ■ ETP socio-esthétique)</li> <li>• Au niveau des autres professionnels de santé : ■ ETP psychologue (■ ETP résidents et ■ ETP personne), ■ ETP psychomotricien, ■ ETP pédicure et ■ ETP ergothérapeute</li> <li>• Au niveau accueil : ■ ETP ASO</li> </ul> <p>La mission a noté les points suivants qui montrent un manque de mise à jour des documents fournis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un personnel de cuisine dont la date de fin d'exercice est marquée au 31/12/2022 est toujours indiqué comme en poste</li> <li>• La coiffeuse, qui n'a pas de date de fin d'exercice, est indiquée à ■ ETP au lieu de ■ et la socio-esthétique a une date de fin d'exercice marquée au 31/10/2022, une indication de ■ ETP, alors qu'elle figure toujours sur la liste du personnel</li> <li>• Le tableau du personnel fait état d'équipes de ■ IDE le matin et ■ l'après-midi alors que la répartition indiquée par la procédure de remplacement prévoit ■ IDE le matin et ■ l'après-midi</li> <li>• Un poste d'AS indiqué à ■ ETP est pourtant pourvu par un CDD en cours (du 1/12/2022 au 31/05/2023)</li> <li>• Un autre poste d'AS après-midi est indiqué à ■ ETP alors que la date de fin d'exercice fournie est le 9/10/2022</li> </ul>	<b>Remarque 12 :</b> Les outils de suivi des effectifs ne sont pas suffisamment mis à jour.

N° GAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	<b>Taux de rotation et d'absentéisme</b>	
2.1.3	<p>Le taux de rotation était de 14,61 % et le taux d'absentéisme était de 13,68 % en 2022 contre, respectivement, 11,05% et 10,77% en 2021.</p> <p>Si l'établissement était en dessous des médianes nationales en 2021 (12,5% pour la rotation des personnels et 11,68% pour l'absentéisme), ces taux sont légèrement supérieurs aux médianes nationales de 2022 qui sont de 13,54 %, pour le taux de rotation des personnels, et de 11,94% pour l'absentéisme.</p> <p><b>Professionnels en intérim</b></p>	<p><b>Remarque 13 :</b> Les taux de rotation et absentéisme du personnel sont supérieurs à la médiane nationale</p>
2.1.6	<p>Les plannings fournis font état d'une liste de remplaçants pour le personnel soignant. Cette liste désigne des vacataires pour les plannings du matin mais mentionne « intérim » pour trois potentiels remplaçants de l'équipe de nuit. La procédure de remplacement du personnel de nuit concerne uniquement les AS.</p> <p><b>Plan de développement des compétences</b></p>	<p>Des plans de développement des compétences pour les années N et N-1 ont bien été transmis autant pour les formations internes qu'externes. Le personnel de l'établissement semble bien avoir accès à des formations diplômantes.</p> <p>Les programmes de formations internes ne font pas état des personnes y ayant assisté pour celles ayant déjà eu lieu.</p> <p>Les plans de formation N-1 font état de formations sur les sujets suivants (à noter que certaines formations externes ont été annulées par le service de formation) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sur les mesures barrières et les clusters covid (une date par un cadre hygiéniste et la directrice adjointe aux soins)</li> <li>• Sur les EI (une date par la référente qualité)</li> <li>• Sur les « précautions standard d'hygiène » (une date par un cadre hygiéniste et la directrice adjointe aux soins)</li> <li>• L'analyse des pratiques professionnelles (une date par la psychologue du personnel)</li> <li>• Sur le plan de change et l'incontinence (une date par la directrice adjointe aux soins et une représentante TENA)</li> <li>• Sur les soins dentaires (une date par trois dentistes du CASY/P)</li> <li>• Sur la communication avec les personnes âgées atteintes de dépendance (6 dates par la psychologue du personnel)</li> <li>• Sur les transmissions ciblées (1 sessions pour 4 personnes)</li> <li>• Sur la lutte contre l'isolement social (1 session comprenant une personne)</li> <li>• Sur la bientraitance (2 sessions pour 4 personnes)</li> <li>• Sur la connaissance de la personne âgée dépendante (1 session pour 2 personnes)</li> <li>• Sur la dénutrition, l'hygiène bucco-dentaire et les troubles de la déglutition (1 session pour 1 personne)</li> <li>• Sur la prise en charge de la douleur (2 sessions pour 2 personnes)</li> <li>• Sur les gestes et soins d'urgence niveau 2 (2 sessions pour 9 personnes)</li> <li>• Des formations informatiques et sur le logiciel [REDACTED] (10 sessions pour 10 personnes présents les jours de formation)</li> <li>• Des formations RH et pour la préparation au poste de secrétaire médical et social (pour 5 personnes)</li> </ul>

N°GAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
<ul style="list-style-type: none"> <li>Des formations logistiques : HACCP (3 sessions pour 7 personnes) ainsi que propreté et hygiène du linge (1 session pour 2 personnes)</li> </ul> <p>Pour les plans de formation prévisionnel 2023 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sur la collaboration AS/IDE et la distribution de médicaments (trois dates par la directrice adjointe aux soins)</li> <li>Sur les troubles de la déglutition (formation à la fois interne et externe, la formation interne est en un jour par une orthophoniste et l'externe est divisée en 3 sessions pour 4/3/2 personnes)</li> <li>Sur la bientraitance (8 sessions prévues en deux fois pour les 4 groupes composés d'AS, ASO, de personnel administratif, ou encore du service salubrité)</li> <li>Des formations informatiques (5 sessions pour 4 personnes) et [REDACTED] (2 sessions pour 6 personnes)</li> <li>Des formations RH</li> <li>Des formations RABC (pour les deux personnels lingerie) et HACCP (en attente d'ouverture des sessions).</li> <li>Des formations et exercice sur les réactions aux situations d'incendie (en cours de validation)</li> </ul> <p>Toutes les catégories professionnelles de l'EHPAD ont l'air d'avoir accès à des formations (présence de cadres, de personnel soignant et de personnel d'hygiène ou d'animation).</p> <p>Le médecin coordinateur n'est pas listé comme intervenants pendant les formations fournies.</p>	<p><b>Remarque 14 :</b> Le protocole d'accueil du nouveau personnel n'a pas encore été rédigé.</p>	
2.1.2.5	<p><b>Protocole d'accueil des nouveaux professionnels</b></p> <p>Il n'y a pas de protocole établi. L'établissement précise que c'est un projet en cours de leur groupe de qualité de vie au travail.</p>	

N° GAS	Observations ou commentaires
Plannings	Constat EIR
<p>Au jour du contrôle (le 7 avril) étaient présents pour l'équipe soignante</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 IDE (dont un remplacement par vacataire), 10 AS et 2 ASO pour l'équipe du matin</li> <li>• Aucune IDE, 5 AS, 1 ASO et 2 personnels vacataires dont la fonction n'est pas précisée pour l'équipe de l'après-midi</li> <li>• 1 IDE et 3 AS pour l'équipe de nuit</li> </ul> <p>Les fonctions des vacataires ne sont pas indiquées donc la mission ne peut s'assurer qu'une IDE était présente l'après-midi du contrôle.</p> <p>Pour le personnel de cuisine :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le chef cuisinier et 4 personnels de cuisines supplémentaires pour l'équipe du matin</li> <li>• 2 cuisiniers pour l'équipe du soir</li> </ul> <p>Pour le reste du personnel :</p> <p>2.14.5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La directrice et la directrice adjointe aux soins</li> <li>• Le médecin coordonnateur</li> <li>• La psychologue des résidents</li> <li>• Deux animateurs</li> <li>• Le professionnel pédicure-podologue</li> <li>• L'économat et la responsable d'admission</li> <li>• L'agent technique</li> <li>• Les trois personnels de lingeerie</li> <li>• L'agent de salubrité</li> <li>• Un agent d'accueil</li> </ul> <p>Pour un total de 48 personnels présents dans l'établissement sur toute la journée du contrôle.</p> <p>Les horaires des personnels indiqués sur la fiche de tâche fournie sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De 7h à 14h30 pour le personnel du matin soit 7h30 de temps de travail (avec un temps de pause de 30 minutes)</li> <li>• De 13h40 à 21h10 pour le personnel de l'après-midi soit 7h30 de temps de travail (avec un temps de pause de 30 minutes)</li> <li>• De 21h à 7h soit 10H de temps de travail (avec un temps de pause variable en fonction de l'organisation du travail de nuit)</li> </ul>	

N°GAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p>Il ressort de ces horaires qu'il n'est pas prévu de temps de chevauchement entre les horaires des équipes de nuit et du matin pour permettre les transmissions malgré ce qui est indiqué sur les fiches de tâches du personnel de nuit (qui prévoit ce temps entre 6h40 et 7h) et du matin (qui prévoit ce temps entre 7h et 7h15).</p>	<p><b>Remarque 17 : Aucune mention des cas d'événements inattendus et de mention de contact au cadres de permanence ou d'astreinte.</b></p> <p><b>Écart 6 : Les AS et ASO exercent les mêmes missions alors que ces personnels ne disposent pas des mêmes qualifications, ce qui constitue un glissement de tâches (Articles L451-1 du CASF et L311-3, 1° du CASF).</b></p> <p><b>Remarque 18 : La fiche de tâches heurees indique que la répartition de la charge de travail des AS/ASO doit être faite par ces personnels chaque matin.</b></p> <p><b>Remarque 19 : Le rôle d'ASO et les missions qui peuvent leur être attribuées ne sont pas clairement définis.</b></p>
2.1.4.2	<p><b>Fiches de tâches heurees</b></p> <p>Les fiches de tâches des IDE, AS et ASO ont été transmises sur un document unique détaillant pour chaque tranche horaire les tâches des IDE et celles des AS et ASO. Le document indique par ailleurs des tâches quotidiennes pour l'ensemble des personnels soignants (Répondre aux appels malades, gestion des appels téléphoniques, traçabilité de chaque soin réalisé...) et "variables" comme l'encadrement des étudiants AS et en soins infirmiers et les commandes de matériels de soin. La mission constate que les AS et ASO exercent les mêmes fonctions, ce qui constitue un glissement de tâches. Par ailleurs, il est indiqué pour les AS/ASO qu'ils doivent se répartir la charge de travail chaque matin.</p> <p>Aucune mention n'est faite sur la survenance d'événement inattendu ni du contact avec les cadres de permanence ou en astreinte.</p>	<p><b>Glissement de tâches</b></p> <p>Comme vu précédemment, il a été constaté des glissements de tâches entre les personnels AS et ASO. Par ailleurs, dans le tableau de suivi des effectifs plusieurs personnels sont indiqués à « X ETP ASO » (agent social au chevet) alors que ce n'est pas leur fonction principale : c'est le cas pour l'animation, l'atelier entretien magasin et pour le personnel de cuisine. Au vu des divers types de tâches que peuvent occuper ce personnel cela interroge sur la question de la qualification et de la répartition de ces effectifs au sein de l'établissement.</p>
2.1.4.4		

N°GAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	<b>La procédure de remplacement</b>  La procédure de remplacement fournie s'applique pour les IDE, AS et ASO. Si le nombre de personnel présent sur site est inférieur aux effectifs planchers alors l'établissement a d'abord recours aux heures supplémentaires puis au remplacement par une liste de vacataires actualisée et enfin, en dernier recours, à l'intérim.  La procédure ne prévoit pas la présence d'une IDE de nuit, ce qui est contradictoire avec les plannings qui font état d'une IDE dans l'équipe de nuit.  <b>Personnels de nuit et de WE</b>  D'après les documents le personnel de nuit comprend <b>AS et IDE de nuit</b> dont le remplacement n'est pas prévu dans la procédure de remplacement (cf. supra).	<b>Remarque 20 :</b> La procédure de remplacement ne prévoit pas la présence d'une IDE de nuit, ce qui est contradictoire avec les plannings qui font état d'une IDE dans l'équipe de nuit.
2.1.4.7		
2.1.4.10		
	<b>Prises en charge</b>  <i>Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie</i>	
N°GAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	<b>Procédure d'admission</b>  La procédure d'admission fournie date de 2017 avec révision le 23 mars 2023. Elle prévoit bien toutes les étapes de la procédure avec : un personnel d'accueil défini avec les renseignements à fournir, les documents à transmettre avant et après l'arrivée et les modalités des visites de pré-admission.  <b>Le médecin coordonnateur participe bien à la procédure d'admission.</b>  <b>Évaluation à l'admission</b>  Une visite médicale est prévue avant toute admission. Celle-ci est menée par le cadre de santé et/ou le responsable des admissions en coordination avec le Medco. Cette visite comprend des évaluations douleur, escarre et risques de chute tout en abordant la situation médicale actuelle de la personne évaluée.	
3.1.1.1		
3.2.1.2		
3.1.3.3	Il existe un référent PAI par groupe de 2 à 4 résidents. Le référent est un AS ou un agent social.	<b>Écart 7 :</b> La mission ne peut s'assurer que chaque résident dispose d'un PAI (Article L311-3 3° du CASF).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p>Pour son élaboration, un recueil d'informations sur l'histoire de vie et les habitudes du résident est réalisé par l'équipe soignante, l'animation et le service d'hôtellerie sur une période d'un mois. Ensuite, les réunions de synthèses pour établir le PAI sont animées par les référents avec le psychologue, l'IDE, les AS, les médecins et/ou le cadre de santé, les animateurs, le psychomotricien ainsi que la direction. Après avoir été établi, il y a la fixation de dates de bilan intermédiaire dans les 1 à 3 mois suivants en fonction des objectifs.</p> <p>Le PAI est ensuite adressé et présenté au résident et ses proches afin de valider son enregistrement et sa formalisation dans le dossier de soin.</p> <p>Une évaluation finale au bout de 6 mois vient confirmer le PAI jusqu'à la prochaine révision annuelle.</p> <p>Si le PAI est établi sur la base des informations personnelles du résident, la procédure n'explique pas la participation de celui-ci à son élaboration mais seulement sollicite seulement sa confirmation pendant une présentation finale faite par le référent PAI.</p> <p><b>Concernant la réalisation des PAI et leur mise à jour, seule a été transmise à la mission, la mise à jour des PAI pour 5 résidents (sur 110) en 2023. La liste des PAI réalisés en 2022 n'a pas été transmise. Ainsi, la mission n'a pas la garantie de la réalisation d'un projet d'accompagnement individualisé pour chaque résident.</b></p>	<p><b>Écart 8 : La Commission de Coordination Gériatrique ne s'est pas réunie en 2022 (Article D312-158, 3° du CASF).</b></p>
	<p><b>Commission de coordination gériatrique</b></p> <p>3.1.4.4 Aucun compte-rendu de Commission de Coordination Gériatrique n'a été transmis</p> <p><b>Le RAMA 2022 indique qu'il n'y a pas eu de commission gériatrique en 2022.</b></p> <p><b>Médecins traitants</b></p>	
3.1.4.5	<p>Ils interviennent sur la structure en tracant leurs interventions sur le logiciel █ et le DR1 du résident.</p> <p>59 résidents sont suivis par deux médecins de la structure (respectivement 32 et 27 résidents), le reste dépend de médecins vacataires ou du médecin coordonnateur.</p> <p><b>Système d'appel malade</b></p>	
2.5.4.3	<p>Il existe bien un système d'appel malade. L'établissement affirme que sa sécurité est établie et que malgré la présence de mauvaises utilisations par le personnel soignant il y a toujours des rappels et des sensibilisations pour garantir la meilleure utilisation possible.</p>	

## Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat ER
	<p><b>Livret d'accueil</b></p> <p>Si le livret d'accueil ne mentionne pas les des droits des personnes, il est fourni avec des annexes dédiées. Ainsi, le contrat de séjour contient les mentions relatives aux droits des personnes sur leurs données, sur le libre choix du médecin traitant et du kinésithérapeute, sur la désignation d'une personne de confiance et sur l'établissement des directives anticipées.</p> <p>Une autre annexe comporte la charte des droits et libertés de la personne accueillie.</p> <p>Enfin, sont aussi fournis des formulaires relatifs à l'autorisation de reproduction et de représentation de photographies.</p>	
3.2.2.2 3.2.2.5	<p><b>Contentions</b></p> <p>Il existe une procédure relative aux contentions en date du 26 janvier 2016 qui rappelle les objectifs et critères fixés par l'ANAES en matière de contention. Celles-ci font bien l'objet d'une prescription médicale systématique qui doit être motivée et inscrite dans le dossier du patient après une analyse bénéfice/risque faite par une équipe pluridisciplinaire. Il y a impérativement une explication de la mesure au résident et à ses proches ainsi qu'une recherche de consentement.</p> <p>3.2.3.1</p> <p>La surveillance et la révision de la prescription est ensuite planifiée et tracée dans le dossier du patient. La prise en charge du résident doit prévenir les problématiques de la contention (hygiène, hydratation, nutrition, accompagnement physique et psychologique).</p> <p>Les contentions sont bien tracées dans le RAMA (qui parle toutefois d'une réévaluation mensuelle plutôt que journalière comme indiqué dans la procédure).</p>	<p><b>Remarque 21 :</b> Il y a une contradiction dans le rythme des réévaluations des prescriptions de contention entre le protocole et le RAMA.</p>
	<p><b>Soins</b></p> <p><b>Circuit du médicament</b></p> <p>L'EHPAD dépend d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI du CASVP).</p> <p>L'établissement a fourni une procédure décrivant le circuit du médicament conforme.</p>	<p>N°IGAS</p> <p>N°IGAS</p>

N°IGAS	Délégation d'administration des médicaments par l'IDE	Observations ou commentaires	N°IGAS
3.8.2.22	Un protocole de « collaboration IDE et AS Distribution et aide à la prise des médicaments » en date du 15/09/2022 a été fourni à la mission. Ce protocole définit bien la délégation de soin courant de la vie quotidienne de l'IDE vers les AS. Ce protocole mentionne bien que les médicaments distribués la nuit sont préparés préalablement par l'IDE.		
3.8.2.24	<b>Prise en charge de la douleur</b>  Un protocole « Douleur » en date de janvier 2016 a été fourni à la mission.  Le Projet d'établissement (2018-2022) mentionne qu'un référent douleur a été nommé (p.28) mais que « Les aides-soignants évaluent insuffisamment la douleur chez le résident, et ne la tracent pas. »  <b>Au vu de cette mention dans le projet d'établissement, la mission ne peut s'assurer de la réalisation de l'évaluation de la douleur au moins une fois par an par résident.</b>	<b>Écart 9 :</b> Au vu des documents transmis, la mission ne peut s'assurer de la réalisation de l'évaluation de la douleur au moins une fois par an par résident (Article L1110-5 du CSP).	
3.8.2.25	<b>Soins Palliatifs et à la fin de vie</b>  L'établissement a fourni un protocole de soins palliatifs (le protocole général pour l'ensemble du CASVP).  D'après le RAMA 2002 (p.2), l'établissement a passé une convention avec le réseau de soins palliatifs [REDACTED]  Le RAMA fournit bien des éléments d'analyse sur le soin palliatif.		
3.4.3.9	<b>Pesées et IMC</b>  D'après le fichier Excel des pesées fourni les résidents sont pesés presque tous les mois (entre 9 et 14 pesées par résident en 2022).  Le fichier Excel de suivi des IMC par résident sur 2022 montre un suivi correctement réalisé par l'établissement.		

## Coordination avec les autres secteurs

N° GAS	Personnels médicaux et paramédicaux libéraux	Observations ou commentaires	Constat E/R
4.2.1.2	Seul le planning d'avril 2023 a été transmis et celui-ci ne fait qu'indiquer les noms des 3 kinésithérapeutes de la structure, leurs jours de présence [REDACTED], et le nombre de résidents pris en charge (70).		
	De même avec l'orthophoniste (il est [REDACTED] prise en charge de 10 résidents).		

## Risques environnementaux

Risques	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat EIR	Références juridiques
AMIANTE	L'établissement a-t-il transmis la fiche récapitulative du dossier technique amiante (DTA) ?	L'établissement a indiqué une date de construction postérieure à 1997.	Néant	CSP Article L.1334-12-1 à L.1334-17 Articles L.1337-2 à L.1337-5 Articles R.1334-14 à R.1334-29-9  Décret n° 2011-629 du 3 juin 2011 relatif à la protection de la population contre les risques sanitaires liés à une exposition à l'amiante dans les immeubles bâti
DASRI	Les bordereaux de suivi des DASRI ou les bons de prise en accompagnés des bordereaux de correspondants (si regroupement) des six derniers mois sont-ils joints ?	L'établissement a transmis plusieurs éléments à savoir les CCAP et CCTP ainsi qu'un document de conventionnement avec la centrale d'achats RESAH en charge de la gestion des marchés dont celui des DASRI. Même en cas de marché public, une convention spécifique entre une structure et un collecteur doit être établie. Ce point est libellé dans le CCTP.  Seuls les bons de prise en charge ont été transmis. Cela indique que la collecte des DASRI se fait avec regroupement. Les bordereaux de suivi de déchets propres à chaque bon de prise en charge auraient dû être transmis.	<b>Ecart 10:</b> Aucune convention de collecte des DASRI n'a été transmise.  <b>Remarque 22:</b> Les bordereaux de suivi de déchets dûment remplis qui attestent de l'élimination des DASRI n'ont pas été transmis	CSP Article L.1335-2 Articles R.1335-1 à R.1335-14  Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques

Risques	Point de contrôle	Observations ou commentaires	Constat E/R	Références juridiques
	Les analyses légionnelles sur réseau d'eau chaude comprennent-ils les années N/N-1 ou N-1/N-2 ?	Les analyses transmises contiennent uniquement les résultats de l'année 2022, sur la recherche de légionnelles au sein du réseau d'eau chaude. L'année 2023 est manquante. La transmission des relevés de température a été réalisée.	<b>Ecart 11:</b> L'établissement n'a pas fourni les analyses légionnelles de l'année 2023.	Arrêté du 1 <sup>er</sup> Février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (cf. Annexe 2).
	L'ensemble des points pour un établissement médico-social a-t-il été respecté ?	Les résultats contiennent les analyses de légionnelles effectuées sur l'ensemble des points de surveillance y compris le fond de ballon et le retour de boucle de l'eau chaude sanitaire.	<b>Remarque 23:</b> Les mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) ne sont pas réalisées régulièrement.	
	Les résultats des analyses sont-ils conformes aux valeurs réglementaires ?	Selon les résultats, il n'y a pas de foyer localisé de légionnelles. Cependant, les premiers jets de chambres 20 et 136 révèlent la présence de flore bactérienne (100 UFC/L chacun).		
	LEGIONELLES			
	Les relevés de température aux points critiques ont-ils été réalisés ?	On note la transmission des relevés de températures. Cependant, sur les 14 points de prélèvements de températures effectuées, seulement sept sont accessibles sur l'année 2023, et l'ensemble des températures les points critiques ne sont pas relevés. Les relevés de température de l'année 2022 ne sont pas exploitables car illisibles.	<b>Ecart 12:</b> Les relevés de température sur les points de surveillance n'ont pas été réalisés comme le stipule l'arrêté du 30 novembre 2005 (des relevés de température sur des points critiques n'ont pas été réalisés).	Arrêté du 30 novembre 2005 modifiant l'arrêté du 23 juin 1978 relatif aux installations destinées au chauffage et à l'alimentation en eau chaude sanitaire des bâtiments d'habitation, des locaux de travail ou des locaux recevant du public.
	Les températures sont-elles inférieures à 50°C ?	Les analyses de températures montrent des températures supérieures à 50°C sur plusieurs points de prélèvement.	<b>Ecart 13:</b> Des analyses de température d'eau chaude sanitaire révèlent des températures supérieure à 50°C ce qui contrevient à l'arrêté du 30 novembre 2005.	
	EAU CHAUE SANITAIRE			



## Récapitulatif des écarts et des remarques

Nbre	Référence	Ecart
E1	1.2.1.5 Management et Stratégie	Le projet d'établissement n'est plus valide (L311-8 du CASF).
E2	1.2.2.14 Management et Stratégie	Le temps de présence du MedCo n'est pas conforme à la réglementation (D312-156 du CASF).
E3	1.3.3.2 Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS)	Le CVS n'est pas informé des EI et des dysfonctionnements, ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.
E4	1.5.1.6 Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	La mission constate un faible nombre d'EIG déclarés aux autorités de contrôle (L331-8-1, R331-9 du CASF, arrêté du 28 décembre 2016).
E5	2.1.4.5 Gestion des ressources humaines	La mission n'a pu établir la présence d'une IDE dans l'établissement l'après-midi du contrôle (L311-3, 1° du CASF).
E6	2.1.4.2 et 2.1.4.4 Gestion des ressources humaines	Les AS et ASO exercent les mêmes missions alors que ces personnels ne disposent pas des mêmes qualifications, ce qui constitue un glissement de tâches (L451-1 du CASF et L311-3, 1° du CASF).
E7	3.1.3.3 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La mission ne peut s'assurer que chaque résident dispose d'un PAI, ce qui contrevient à l'article L311-3 3° du CASF.
E8	3.1.4.4 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La Commission de Coordination Gériatrique ne s'est pas réunie en 2022 (D312-158, 3° du CASF).
E9	3.8.2.24 Soins	Au vu des documents transmis, la mission ne peut s'assurer de la réalisation de la douleur au moins une fois par an par résident (L110-5 CSP).
E10	Risques Environnementaux - DASRI	Aucune convention de collecte des DASRI n'a été transmise (Article L.1335-2, Articles R.1335-1 à R.1335-14 du Code de la Santé Publique et Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques)
E11	Risques Environnementaux - Légionnelles	L'établissement n'a pas fourni les analyses légionnelles de l'année 2023 (Arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (cf. Annexe 2))

E12 Risques Environnementaux – Eau Chaude Sanitaire

Les relevés de température sur les points de surveillance n'ont pas été réalisés comme le stipule la réglementation (Arrêté du 30 novembre 2005 modifiant l'arrêté du 23 juin 1978 relatif aux installations fixes destinées au chauffage et à l'alimentation en eau chaude sanitaire des bâtiments d'habitation, des locaux de travail ou des locaux recevant du public) : des températures de points critiques n'ont pas été relevées.

E13 Risques Environnementaux – Eau Chaude Sanitaire

Des analyses de température d'eau chaude sanitaire révèlent des températures supérieure à 50°C ce qui contrevient à l'arrêté du 30 novembre 2005.

Nb.	Référence	Remarques
R1	1.2.1.1 Management et Stratégie	La mission constate que le règlement de fonctionnement transmis n'est pas le dernier adopté.
R2	1.2.1.6 Management et Stratégie	Le plan bleu est à compléter et à mettre en conformité avec l'instruction interministérielle N°DGS/VS/SDA/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 (EHPAD).
R3	1.2.2.1 Management et Stratégie	L'organigramme transmis à la mission ne comporte pas la mention des ETP.
R4	1.4.1.7 Gestion de la Qualité	Le PACQ transmis, faute d'indicateurs, ne permet d'analyser si le niveau de réalisation de chaque objectif, ni les mesures correctrices mises en places.
R5	1.4.1.7 Gestion de la Qualité	La mise à jour régulière du PACQ n'est pas assurée.
R6	1.4.1.7 Gestion de la Qualité	La mission ne peut établir la présence d'un Copil Qualité au sein de l'établissement.
R7	1.4.3.1 Gestion de la Qualité	La lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil.
R8	1.4.3.2 Gestion de la Qualité	L'établissement ne dispose pas de procédure spécifique aux cas de violence ou de harcèlement sexuel.
R9	1.5.1.3 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Les EI ne font pas tous l'objet d'une description détaillée.
R10	1.5.1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Le PACQ transmis ne prend pas en compte les mesures préventives suite à l'analyse de EI/EIG (cf. aussi 1.4.1.7).
R11	1.5.1.6 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	La mission constate que l'EIG de 2022 transmis à la Ville de Paris n'a pas été recensé dans le cadre de cette mission de contrôle.

R12	2.1.1.1 Gestion des ressources humaines	Les outils de suivi des effectifs ne sont pas suffisamment mis à jour.
R13	2.1.1.3 Gestion des ressources humaines	Les taux de rotation et absentéisme du personnel sont supérieurs à la médiane nationale.
R14	2.1.2.5 Gestion des ressources humaines	Le protocole d'accueil du nouveau personnel n'a pas encore été rédigé.
R15	2.1.4.5 Gestion des ressources humaines	La qualification du personnel de remplacement n'est pas indiquée sur les plannings fournis.
R16	2.1.4.5 Gestion des ressources humaines	Il n'existe pas de temps de chevauchement entre les horaires de l'équipe de nuit et celle du matin pour les transmissions orales.
R17	2.1.4.2 Gestion des ressources humaines	Aucune mention des cas d'événements inattendus et de contact aux cadres de permanence ou d'astreinte n'est indiquée sur les fiches de poste.
R18	2.1.4.2 Gestion des ressources humaines	La fiche de tâches heurees indique que la répartition de la charge de travail des AS/ASO doit être faite par ces personnels chaque matin.
R19	2.1.4.4 Gestion des ressources humaines	Le rôle d'ASO et les missions qui peuvent leur être attribuées ne sont pas clairement définis.
R20	2.1.4.7 Gestion des ressources humaines	La procédure de remplacement ne prévoit pas la présence d'une IDE de nuit, ce qui est contradictoire avec les plannings qui font état d'une IDE dans l'équipe de nuit.
R21	3.2.3.1 Respect des droits des personnes	La mission a constaté une contradiction du rythme des réévaluations des prescriptions de contention entre le protocole et le RAMA.
R22	Risques environnementaux - DASRI	Les bordereaux de suivi de déchets dûment remplis qui attestent de l'élimination des DASRI n'ont pas été transmis.
R23	Risques environnementaux - Legionnelles	Les mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) ne sont pas réalisées régulièrement.

## Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD «Alice PRIN», géré par le CASVP, 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

#### 1. Conformité aux conditions d'autorisation

- Un taux d'occupation satisfaisant
2. Animation et fonctionnement des instances
    - Un CVS établi qui se réunit régulièrement
  3. Gestion de la qualité
    - L'établissement a procédé à une évaluation interne et une évaluation externe.
  4. Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables
    - Un système d'enregistrement et de traitement des réclamations efficace

### PRISE EN CHARGE

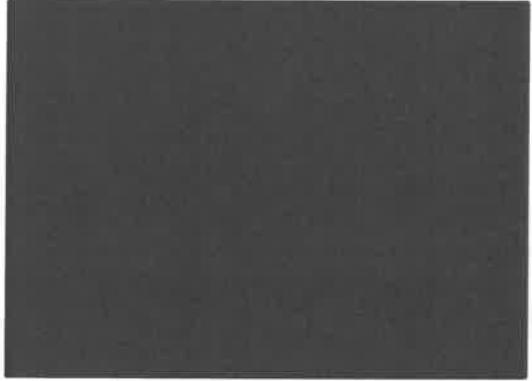
1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
  - Une procédure d'admission établie à laquelle participe le médecin coordonnateur
2. Soins
  - Un circuit du médicament établi
  - Un suivi des pesées et IMC satisfaisant

Elle a également relevé les principaux dysfonctionnements suivants :

- Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation (Article D312-156 du CASF).
- Le CVS n'est pas informé des EI et des EIG (article R331-10 du CASF).
- La mission constate un faible nombre d'EIG déclarés aux autorités de contrôle (Articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 du CASF, arrêté du 28 décembre 2016).
- La mission n'a pu établir la présence d'une IDE dans l'établissement l'après-midi du contrôle (article L311-3, 1° du CASF).
- Les AS et ASO exercent les mêmes missions alors que ces personnels ne disposent pas des mêmes qualifications, ce qui constitue un glissement de tâches (articles L451-1 et L311-3, 1° du CASF).
- La mission ne peut s'assurer que chaque résident dispose d'un PAI (article L311-3 3° du CASF).
- La Commission de Coordination Gériatrique ne s'est pas réunie en 2022 (D312-158, 3° du CASF).
- Au vu des documents transmis, la mission ne peut s'assurer de la réalisation de l'évaluation de la douleur au moins une fois par an par résident (L1110-5 CSP).
- Aucune convention de collecte des DASRI n'a été transmise.
- L'établissement n'a pas fourni les analyses légionnelles de l'année 2023.
- Les relevés de température sur les points de surveillance n'ont pas été réalisés comme le stipule la réglementation en vigueur.

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

Saint Denis, le 14 novembre 2023

<p>Christel ROUGY Ingénierie du génie sanitaire, ARS Ile-de-France</p> 	<p>Fanny REYNAUD Chargée du contrôle des ESMS Parisiens Ville de Paris</p> 
<p>Sylvie DRUGEON, Ingénierie du génie sanitaire, ARS Ile-de-France</p> 	

## 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** : Équivalent 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 : Christel ROUGY  
Courriel : [REDACTED]  
Téléphone : [REDACTED]**

**Madame Christel ROUGY, coordinatrice de la mission d'inspection, ingénieur du génie sanitaire, Délégation départementale de Paris, ARS Île-de-France**

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

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

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

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

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

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

Saint-Denis, le 7 avril 2023

Mesdames, Monsieur,

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

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

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

4. La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance ;

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur pièces de l'EHPAD « Alice Prin » (FINESS géographique 750048373) situé 5-17 rue Maria Helena Vieira Da Silva, 75014 PARIS, géré par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, qui sera mené 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 les fondements 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 de la dispensation des soins ;
- La gestion des ressources humaines et la gouvernance ;
- 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 Agence régionale de santé Ile-de-France :

- Madame Christel ROUGY, coordinatrice de la mission, ingénieur du génie sanitaire, Délégation départementale de Paris ;
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de mission Secteur Personnes Agées, Délégation départementale de Paris ;
- Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Sylvie DRUGEON, ingénierie 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 ;

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Directions des solidarités, désigné sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;

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

Après réception de ces documents, leur analyse par la mission donnera lieu à l'établissement d'un rapport qui sera remis dans un délai 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 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 me sera transmise dans les meilleurs délais.

Les décisions définitives seront adressées à l'inspecté après la clôture de la procédure contradictoire.

Pour la Directrice générale de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France et, par délégation, Le directeur de la délégation départementale de Paris

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



Tanguy BODIN



Servanne JOURDY

Annexe 2 : Liste des documents demandés

## Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces Alice PRIN

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

34	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	OUI
35	Procédure d'admission des résidents	OUI
36	Les 2 derniers comptes rendus et feuilles d'émargement de la commission de coordination gériatrique	NON
37	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	OUI
38	Relevé des appels malade du mois M-1	OUI
39	Procédure d'élaboration et d'actualisation du PAI	OUI
40	Livret d'accueil du résident	OUI
41	Contrat de séjour d'un résident et ses annexes	OUI
42	Procédure relative aux contentions (liste anonymisée des résidents sous contention)	OUI
43	RAMA	OUI
44	Convention pharmacie EHPAD	OUI
45	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	OUI
46	Liste des personnes concernées par la délégation de l'administration des médicaments sur le semestre en cours	OUI
47	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	OUI
48	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	OUI
49	Relevé des pesées, avec indication des écarts de pesée observées, le relevé des IMC, pour tous les résidents accueillis dans la structure en année N-1	OUI
50	Le planning des intervenants paramédicaux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) : avec indication pour chaque professionnel de son identité, sa qualification, le nombre de résidents pris en charge sur le trimestre t-1	OUI
51	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	OUI