

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
« Résidence médicalisé Jacques Barrot »
16 rue Gilbert Cesbron, 75017 Paris
N° FINESS 75 005 760 6**

**RAPPORT DE CONTRÔLE
N° 2023_IDF_00223
Contrôle sur pièces du 17/04/2023**

Mission conduite par

- Madame Sophie PASQUIER, coordinatrice de la mission d'inspection, chargée de mission Secteur Personnes Agées,
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de mission Secteur Personnes Agées
- Monsieur Frédéric MUSSO, responsable de la Mission Inspection des ESMS, 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 ;
- 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
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques depositaires 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.

Synthèse

Données générales sur l'établissement

Nom	Résidence médicalisée Jacques Barrot	Capacité hébergement permanent	93
Adresse	16 rue Gilbert Cesbron	Places habilités aide sociale	100
Arrondissement	75017	Présence d'une UVP	OUI
Gestionnaire	Fondation COS Alexandre Glasberg	Places en UHR	0
Statut juridique	Fondation (établissement privé à but non lucratif)	Places en PASA	14

L'établissement a signé une convention tripartite le 19 janvier 2016

Éléments déclencheurs de la mission

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

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

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

Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et les principaux points 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

Le taux d'occupation de l'établissement est pleinement satisfaisant [REDACTED]

L'accueil des résidents est conforme à la réglementation [REDACTED]

2. Management et Stratégie

L'établissement s'est doté d'outils de management, notamment par la rédaction : d'un règlement de fonctionnement, d'un projet d'établissement complet, d'un plan bleu.

L'établissement dispose de la présence d'un trio de tête dans l'établissement et d'un [REDACTED] médecin coordonnateur et d'un infirmier cadre [REDACTED].

3. Animation et fonctionnement des instances

Le Conseil de la Vie Sociale a été mis en place en 2021 et il est réuni régulièrement, au moins 4 fois par an.

4. Gestion de la qualité

L'établissement a intégré une démarche qualité dans ses pratiques qui est notamment portée par un comité de pilotage.

5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

L'établissement a mis en place une analyse des Evénements Indésirables et de Evénements Indésirables Graves.

FONCTIONS SUPPORT

1. Gestion des ressources humaines

Il existe peu de postes vacants au sein de l'établissement [REDACTED]

Le recrutement par intérim est très faible et concerne des remplacements ponctuels.

Le recours aux CDD est privilégié pour les remplacements anticipés qui restent nombreux.

La procédure d'accueil des nouveaux salariés a été transmise.

PRISE EN CHARGE

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 du Conseil de la Vie Sociale (CVS).....	14
Gestion de la qualité.....	15
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	17
Fonctions support.....	19
Gestion des ressources humaines	19
Prises en charge.....	27
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	27
Respect des droits des personnes	28
Coordination avec les autres secteurs.....	32
Récapitulatif des écarts et des remarques	32
Conclusion	39
Glossaire.....	41
Annexes	42
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	42
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	45

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

La procédure d'admission est complète et détaille clairement la participation des différents acteurs.
Il existe un protocole d'élaboration du projet personnalisé du résident.

2. Respect des droits des personnes

Le livret d'accueil du résident et le contrat de séjour sont élaborés dans le cadre du respect des droits des personnes.

3. Soins

L'établissement s'est doté d'outils afin de permettre un accompagnement adapté tout en prenant compte les spécificités liées à la fin de vie par : une procédure de suivi des pesées et de l'état nutritionnel ; une procédure de prise en charge de la douleur ; un protocole lié à une démarche palliative.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

L'établissement est concerné par 4 écarts majeurs, 18 écarts et 21 remarques.

Ecarts majeurs :

- ■■■ résidents n'ont pas eu d'évaluation de GIR ou n'ont pas de date d'évaluation prévue (Article D313-15 du CASF).
- Les comptes rendu du CVS transmis ne font pas mention de la présentation pourtant obligatoire des EI/EIG et dysfonctionnements en CVS (Article R331-10 du CASF).
- La classification de certains événements en Événement Indésirable et non en Événement Indésirable Grave est à justifier (Articles L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 du CASF).
- Les documents transmis ne permettent pas d'établir la qualité de la prise en charge nutritionnelle des résidents (Article L311-3, °3 du CASF).

Ecarts :

- Le projet d'établissement transmis couvre la période 2016-2018 et n'est pas à jour (Article L311-8 du CASF).
- Le contenu du plan bleu n'est pas conforme à la réglementation et doit contenir une réponse à toutes les situations de crise prévues dans la réglementation (Article D312-160 du CASF).
- Au regard de la capacité de l'EHPAD, le temps de présence du médecin-coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation (Article D312-156 du CASF).
- La composition du CVS n'est pas conforme à la réglementation (Décret N°2022-688 du 25 avril 2022).
- L'établissement n'a jamais procédé à une évaluation externe depuis 2016 (Article D312-203 du CASF).
- Absence de protocole en lien avec la bientraitance et la lutte contre la maltraitance (Article L311-3 du CASF).
- Aucune formation sur l'identification et la déclaration des EI/EIG n'est dispensée pour le personnel de l'établissement (Article L313-12-3 du CASF).
- L'équipe de l'établissement n'est pas stabilisée et le recours à de nombreux CDD en fragilise la cohésion (Article L311-3, 3° du CASF).
- L'absentéisme au sein de l'établissement est très élevé et fragilise à la fois l'équipe et la prise en charge des résidents (Article L311-3, 1° et 3° du CASF).
- Une partie des résidents ne dispose pas d'un PAI révisé annuellement (Article D312-155-0, 3° du CASF).
- La Commission de Coordination Gériatrique ne se réunit pas au rythme prévu par la réglementation (Article D312-158, 3° du CASF).
- Aucun protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie n'a été fourni (Article L1111-11 du CSP).

Remarques :

- L'organigramme transmis ne permet pas d'identifier les liens hiérarchiques.
 - Absence de procédure spécifique aux cas de violences ou harcèlements sexuels.
 - Absence de procédure relative aux signalements en cas d'agression.
 - Le format du RETEX transmis ne permet pas une diffusion efficace aux équipes concernées.
 - Les outils de suivi du personnel ne sont pas homogènes et ne permettent pas une lecture et un suivi efficace.
 - Le recours à des salariés au-delà d'un Équivalent Temps plein est un risque d'usure de ces professionnels et met en jeu la sécurité des résidents.
 - Le livret d'accueil ne comporte pas de volet sur l'accueil et l'intégration des nouveaux salariés.
 - L'établissement n'a pas mis en place un groupe de parole ou un groupe d'analyse de pratique.
 - Le planning manque de lisibilité et ne permet pas d'appréhender l'organisation de l'établissement.
- Il n'existe pas de fiche de tâches heurées pour l'AES et l'agent de service logistique.

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

Introduction

Contexte de la mission de contrôle

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

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

Les informations connues par l'ARS et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD «Résidence médicalisée COS Jacques Barrot», situé au 16 rue Gilbert Cesbron, 75017 Paris, FINESS n°75 00 576 06, 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 périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et a porté sur les thématiques suivantes :

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines (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 à partir du 7 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 [REDACTED] qui a été utilisé pour la transmission des documents,
 - o et de dépôt de documents (réponse au questionnaire, éléments probants).

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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 16 rue Gilbert Cesbron, l'EHPAD « Résidence médicalisée COS Jacques Barrot » est géré par la fondation COS Alexandre Glasberg dont le siège social se situe au 88-90 boulevard de Sébastopol dans le 3^{ème} arrondissement de Paris.

La résidence médicalisée COS Jacques Barrot a été autorisée par l'arrêté conjoint de l'ARS et de la Ville de Paris n° 2012-91 du 11 avril 2012 pour l'accueil de 100 personnes âgées dépendantes, 93 places sont dédiées à l'hébergement permanent et 7 sont dédiées à l'hébergement temporaire. La création d'une unité PASA de 14 places a été autorisée par un arrêté conjoint n°2019-47 du 2 janvier 2019.

Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS du 21 novembre 2016, le GMP s'élève à ■■■ et le PMP à ■■■. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles dans la moyenne des chiffres médians régionaux¹ pour le GMP et pour le PMP.

Les ■■■ résidents accueillis au 31 décembre 2022 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
Jacques Barrot ²	■■■■■				
IDF ³ 2021	■■■■■				

Plus précisément, la distribution des unités est la suivante en avril 2023 :

Étage/bâtiment	Nombre de chambres
1er étage	28 (dont 7 pour l'hébergement temporaire)
2e étage	28
3e étage	28
4e étage	Une unité protégée de 16 places et un PASA de 14 places

Le budget de fonctionnement de l'établissement sur l'année 2022 est de ■■■■ dont ■■■■ au titre de l'hébergement, ■■■■ au titre des soins et ■■■■ au titre de la dépendance selon l'ERRD 2022 de l'établissement.

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 Source RAMA 2022

³ 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	Résidence Médicalisée COS Jacques Barrot		
Nom de l'organisme gestionnaire	Fondation COS Alexandre Glasberg		
Numéro FINESS géographique	75 005 76 06		
Numéro FINESS juridique	75 072 12 35		
Statut juridique	Fondation (établissement privé à but non lucratif)		
Option tarifaire	Tarif Global		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ⁴	93	
	HT ⁵	7	
	UVP ⁶	16	
	PASA ⁷	14	
	UHR ⁸	0	
	UPHV ⁹	0	
	AJ ¹⁰	0	
	AN ¹¹	0	
	PFR ¹²	0	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	100		

⁴ Hébergement permanent⁵ Hébergement temporaire⁶ Unité de vie protégé / unité protégée⁷ Pôle d'activité et de soins adaptés⁸ Unité d'hébergement renforcée⁹ Unité pour personnes âgées vieillissantes¹⁰ Accueil de jour¹¹ Accueil de nuit¹² Plateformes d'accompagnement et de répit

Constats

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

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

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation L'EHPAD est conforme aux conditions d'autorisation, soit 93 places d'hébergement permanent (dont 16 places d'unité de vie protégée) et 7 places d'hébergement temporaire. Toutes les places sont habilitées au titre de l'aide sociale. Le nombre de résidents présents le jour du contrôle est de 96, sans distinction entre les résidents en hébergement permanent ou temporaire, soit un taux d'occupation de 96%. L'établissement compte un PASA de 14 places. Un projet de service spécifique au PASA a été rédigé, ce document n'est pas daté.	Remarque 1 : Le projet de service spécifique au PASA n'est pas daté.
1.1.3.1	Répartition des résidents en fonction du GIR Le jour du contrôle, l'établissement accueillait [REDACTED] de résidents classés dans les GIR 1 à 3 et [REDACTED] de résidents classés dans les GIR 1 à 2. Les proportions sont conformes à la réglementation. A noter que sur les 96 résidents présents, [REDACTED] n'étaient pas girés. Ces résidents sont entrés en 2023 [REDACTED]	Écart 1 : [REDACTED] résidents entrés [REDACTED] 2023 n'ont pas eu d'évaluation du GIR ou n'ont pas de date d'évaluation, alors que celle-ci est réalisée en général un mois après l'entrée dans l'établissement (Articles D313-15 du CASF).

Commentaire complémentaire

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.2.1.1	<u>Le règlement de fonctionnement</u> Un règlement de fonctionnement de l'EHPAD COS Jacques Barrot a été transmis. Il porte en tête, la date du 01/10/2021 et en fin de document, la date du 01/01/2023. Il n'est pas fait mention de la consultation du CVS.	Remarque 2 : Le règlement de fonctionnement transmis n'est pas dûment daté. Écart 2 : Le règlement de fonctionnement ne mentionne pas la consultation du CVS (Article L. 311-7 du CASF).
1.2.1.2	<u>Le contenu du règlement de fonctionnement</u> Il traite de tous les points prévus par la réglementation.	
1.2.1.4	<u>Le projet d'établissement</u> Le pré-projet d'établissement 2016-2018 a été transmis. A noter que dans les projets 2023, figure la refonte du projet d'établissement.	Écart 3 : Le projet d'établissement transmis couvre la période 2016-2018 et n'est pas à jour (Article L311-8 du CASF).
1.2.1.6	<u>Le plan bleu</u> Un plan bleu actualisé en avril 2023 a été transmis (à noter en bas de page, « plan bleu 2021 »). Il est avant tout axé sur la canicule (organisation et mesures à mettre en œuvre pour y faire face). Les éléments transmis ne permettent pas d'attester par la mission de contrôle que l'établissement dispose d'un plan opérationnel permettant une réponse collective en cas de survenue d'une crise ou situation sanitaire exceptionnelle de toute nature. L'établissement a par ailleurs, transmis un plan de reprise d'activité datant du 9/07/2020, présentant l'organisation prévue dans le cadre du confinement progressif selon la doctrine ministérielle du 10/05/2020 (suite épidémie COVID) ainsi qu'un plan de continuité d'activité.	Remarque 3 : Le plan bleu transmis n'est pas dûment daté. Écart 4 : Le contenu du plan bleu n'est pas conforme à la réglementation et doit contenir une réponse à toutes les situations de crise prévues dans la réglementation (Article D312-160 du CASF).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.2.1	Directeur de l'établissement et organigramme de la structure Un directeur [REDACTED] est en poste dans l'établissement. [REDACTED] Un organigramme a été transmis. Il indique le nom, la fonction et la quotité de travail pour chaque salarié présent. Les liens hiérarchiques ne sont cependant pas clairement définis ce qui est susceptible de nuire à la compréhension de l'organisation interne pour les résidents et les agents (notamment en contrat court).	Remarque 4 : L'organigramme transmis ne permet pas d'identifier les liens hiérarchiques.
1.2.2.6	Fiche de poste/Lettre de mission du directeur Le directeur dispose d'une fiche de fonction. Elle n'est pas spécifique à l'établissement mais commune à l'ensemble des EHPAD de la Fondation COS Alexandre GLASBERG.	
1.2.2.7	Diplôme du directeur Le directeur est titulaire du diplôme. [REDACTED]	
1.2.2.8	Astreintes administratives Il existe des astreintes administratives, assurées par le directeur, l'IDEC, le responsable des ressources humaines ainsi que par la responsable comptable facturation (cf. planning d'astreintes). Un planning est établi pour trois mois. Chaque personne concernée assure une ou deux semaines d'astreinte par mois.	
1.2.2.10	Délégation de pouvoirs Une délégation de pouvoirs et de signature du Directeur général de la Fondation, au directeur de l'EHPAD COS Jacques Barrot a été formalisée et signée le 28 mars 2023.	
1.2.2.12	Présence et qualifications de l'IDEC Un IDEC est présent [REDACTED] dans l'établissement. [REDACTED] Il dispose d'une fiche de fonction non spécifique à l'EHPAD. [REDACTED] les pièces transmises par l'établissement ne comprennent pas les attestations de cadre et d'inscription à l'ordre infirmier de l'IDEC.	Écart 5 : Les attestations de cadre et d'inscription à l'ordre infirmier de l'IDEC n'ont pas été transmises (Article L4311-3 du CSP).

N°ICAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.2.14	Présence et temps de travail du médecin-coordonnateur Un médecin coordonnateur est présent dans l'établissement [REDACTED] [REDACTED] Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation. [REDACTED]	Écart 6 : Au regard de la capacité de l'EHPAD, le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation (Article D312-156 du CASF).
1.2.2.15	Qualifications du médecin-coordonnateur Le médecin coordonnateur [REDACTED] [REDACTED] Elle est autorisée à exercer sur un site distinct [REDACTED] Elle a une fiche de fonction, non spécifique à l' EHPAD.	

Commentaire complémentaire

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

N°IGAS	Observations ou commentaires Conseil de la Vie Sociale	Constat EIR
1.3.3.1	Faute de représentants, le CVS n'a pas été mis en place dès la création de l'établissement. Il a été mis en place le 6 novembre 2021. Il s'est réuni quatre fois en 2022, dont un CVS extraordinaire le 23 novembre 2022. Des réunions préparatoires, préalables au CVS, ont lieu avec les résidents (expriment leurs souhaits, leurs remarques). Le CVS est composé de la directrice, d'un collège de résidents [REDACTED], d'un collège de salariés [REDACTED] et d'invités. Il n'est pas fait mention, dans le règlement de fonctionnement transmis, de son approbation par le CVS.	Écart 7 : La composition du CVS n'est pas conforme aux dispositions en vigueur (Décret N°2022-688 du 25 avril 2022 applicables au 1er janvier 2023).
1.3.3.2	Présentation des EI et dysfonctionnement en CVS Au regard des documents transmis, le CVS n'apparaît pas informé des EI et des dysfonctionnements au sein de l'EHPAD ainsi que des actions correctrices mises en œuvre.	Écart 8 : Les comptes rendus du CVS transmis ne font pas mention de la présentation pourtant obligatoire des EI/EIG et dysfonctionnements en CVS (Article R331-10 du CASF).

Commentaire complémentaire

Gestion de la qualité

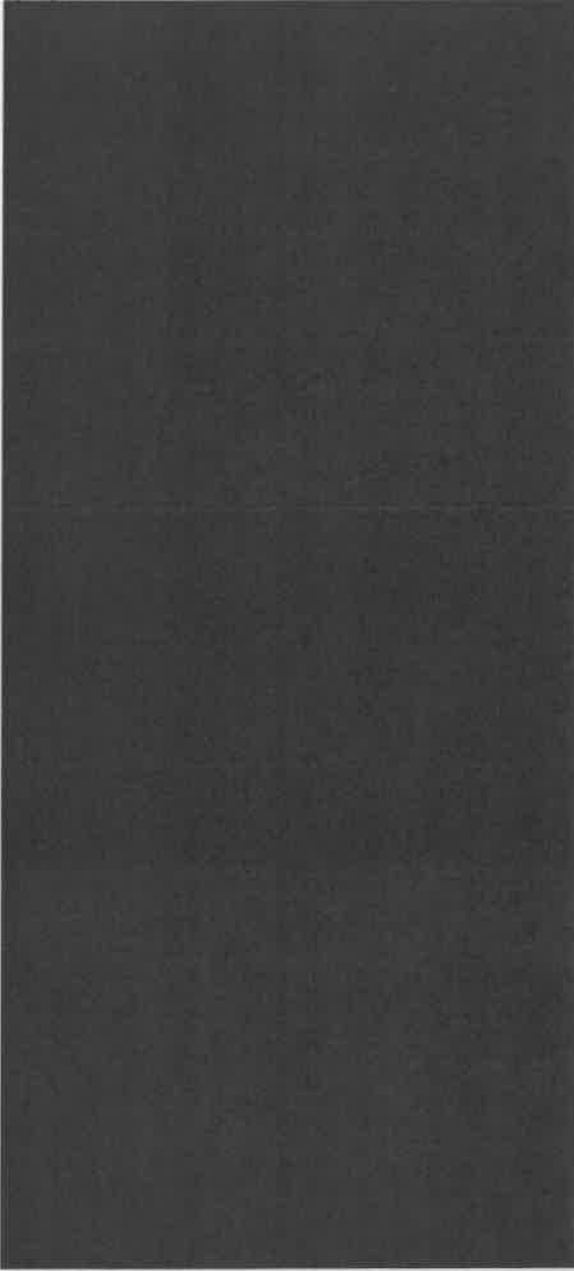
N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Plan d'amélioration continue de la qualité	
1.4.1.7	Un plan d'amélioration continue de la qualité, mis à jour le 10 mars 2023, a bien été transmis. Chaque objectif est détaillé par : son processus, la source de l'action, l'instance à l'origine, l'objectif de l'action, l'action réalisée, sa priorisation (court, moyen et long terme), le pilote, la date de début prévue, la date réelle, la date de fin prévue et la date de fin réelle, les délais de réalisations, son état, les indicateurs de suivi, l'efficacité de l'action et d'éventuels commentaires. L'existence d'un COPIL qualité est mentionnée dans le livret d'accueil et le référent qualité indiqué dans le livret d'accueil des nouveaux salariés est le responsable des ressources humaines.	
1.4.2.1	Évaluations interne et externe Aucune évaluation interne ou externe n'a été faite depuis l'ouverture de l'établissement en juin 2016.	Écart 9 : L'établissement n'a jamais procédé à une évaluation externe depuis 2016 (Article D312-203 du CASF).
1.4.3.1	Politique de bientraitance/lutte contre la maltraitance Le livret d'accueil fournit une liste de numéros à contacter en cas de réclamation ou dysfonctionnement dans l'EHPAD parmi lesquels figure le numéro ALMA (écoute maltraitance). Il est également précisé que le secret professionnel ne concerne pas les cas de maltraitance. En dehors de ces mentions, aucune formation sur la bientraitance ou la maltraitance n'est inscrite au plan de développement des compétences. Seule une formation sur la « mieux-traitance » est assurée sans mise en avant de son contenu et son objectif. Il n'existe pas de protocole sur la maltraitance.	Remarque 5 : Manque de formation sur la question de la bientraitance et la maltraitance. Écart 10 : Absence de protocole en lien avec la bientraitance et la lutte contre la maltraitance (Article L311-3 du CASF).
1.4.3.2	Procédure en cas de violence/harcèlement sexuel S'il n'est pas fait mention d'une procédure spécifique portant sur les situations de violence ou de harcèlement sexuel, celles-ci correspondent à des EIG et peuvent donc s'intégrer dans la procédure dédiée qui prévoit un signalement aux autorités compétentes et/ou au Procureur de la République si nécessaire.	Remarque 6 : Absence de procédure spécifique aux cas de violences ou harcèlements sexuels.
1.4.3.3	Procédure de signalement en cas d'agression S'il n'est pas fait mention d'une procédure spécifique pour le signalement en cas d'agression, ces situations correspondent à des EIG et peuvent donc s'intégrer dans la procédure dédiée qui prévoit un signalement aux autorités compétentes et/ou au Procureur de la République si nécessaire.	Remarque 7 : Absence de procédure relative aux signalements en cas d'agression.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R

Commentaire complémentaire

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Enregistrement, traitement et suivi des plaintes/enquêtes de satisfaction	
1.5.1.1	Les plaintes et réclamations sont uniquement inscrites dans un fichier [REDACTED] (la mise à disposition de formulaires de réclamations est un projet). L'unique enquête de satisfaction est disponible sous format numérique, mais aussi sous format papier pour les familles des résidents. Les résidents ont accès à l'espace par un identifiant et un mot de passe propre. Les éléments soulevés dans le cadre de ce registre et de cette enquête sont bien intégrés dans le plan d'amélioration continu de la qualité et font l'objet d'un suivi pour leur réalisation. Si le registre des plaintes et des réclamations a bien été fourni, il ne permet pas de connaître les acteurs impliqués dans leur résolution, ni de connaître les échanges avec les personnes à l'origine du signalement et leur degré de satisfaction après résolution. Déclaration des EI/EIG Une procédure de gestion des événements indésirables, datant de 2014 et révisée en 2017, a été transmise ainsi qu'une procédure de signalement et de traitement des mêmes dates. Les plans de développement des compétences N-1 et N ne font pas figurer de formations relatives à l'identification et au traitement des EI/EIG. Les étapes de la procédure de déclaration des EI sont les suivantes : un membre du personnel est témoin d'un EI, celui-ci alerte le responsable hiérarchique disponible, ce dernier prend ou fait prendre les mesures conservatoires ou curatives adaptées, le témoin renseigne l'événement par une déclaration sur feuille (FEI), la FEI est déposée dans une boîte aux lettres relevée par le référent qualité qui les pointe avec la Direction puis les communique au groupe d'analyse EI. Pour les EI l'établissement indique la procédure suivante : si un membre du personnel est témoin d'un événement grave, il doit lui-même mettre en sécurité les personnes et biens si besoin, il alerte ensuite au plus vite les services de secours, si besoin, et le responsable hiérarchique présent, ce dernier met en place des mesures conservatoires ou curatives, il caractérise l'événement en EI et alerte la Direction Générale qui décide si l'EIG sera traité au niveau local ou du siège. En parallèle, la Direction de l'établissement renseigne une FEI qu'elle adresse à la Direction Générale. Enfin, les autorités compétentes sont alertées dans les 48h. Analyses et suivi des EI/EIG Pour les EI : le groupe d'analyse, en réunion plénière, analyse l'événement et propose des actions correctrices et préventives avant de transmettre le compte-rendu à la Direction. Celle-ci, en CODIR, étudie les propositions, acte les actions retenues et les moyens nécessaires avant de les communiquer aux acteurs concernés pour application. La Direction transmet un retour sur les décisions	Remarque 8 : Le système d'enregistrement des plaintes ne permet d'identifier clairement la résolution des plaintes et réclamations.
1.5.1.3		Écart 11 : Aucune formation sur l'identification et la déclaration des EI/EIG n'est dispensée pour le personnel de l'établissement (Article L312-12-3 du CASF).
1.5.1.5		Remarque 9 : En suivant la procédure fournie, le groupe d'analyse est limité dans sa mission car la classification d'un événement en EI ou EIG est déterminée par la direction.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	actées aux services et professionnels concernés puis le référent qualité classe la FEI. Le CODIR et/ou le COPIL évalue l'efficacité des mesures et s'il y a résurgence, une nouvelle analyse pourra avoir lieu. Pour les EIG : la phase d'analyse est essentiellement la même, toutefois, les EIG feront l'objet d'un RETEX par la Direction de l'établissement avant transmission à la Direction générale qui le mettra en ligne sur une base documentaire associative de partage d'expérience. L'évaluation de l'efficacité des mesures est toujours faite par le COPIL/CODIR et le COPIL fait un bilan de récurrence des EIG qui amènera à une nouvelle analyse en cas d'événements multiples. Les mesures prises après un EI/EIG sont bien intégrées au PACQ. Signalements et transmission des RETEX	
1.5.1.6		Remarque 10 : Le format du RETEX transmis ne permet pas une diffusion efficace aux équipes concernées. Écart 12 : La classification de certains événements en EI et non en EIG est à justifier (Articles L311-8-1 et R331-8 à 10 du CASF).

Commentaire complémentaire

Fonctions support

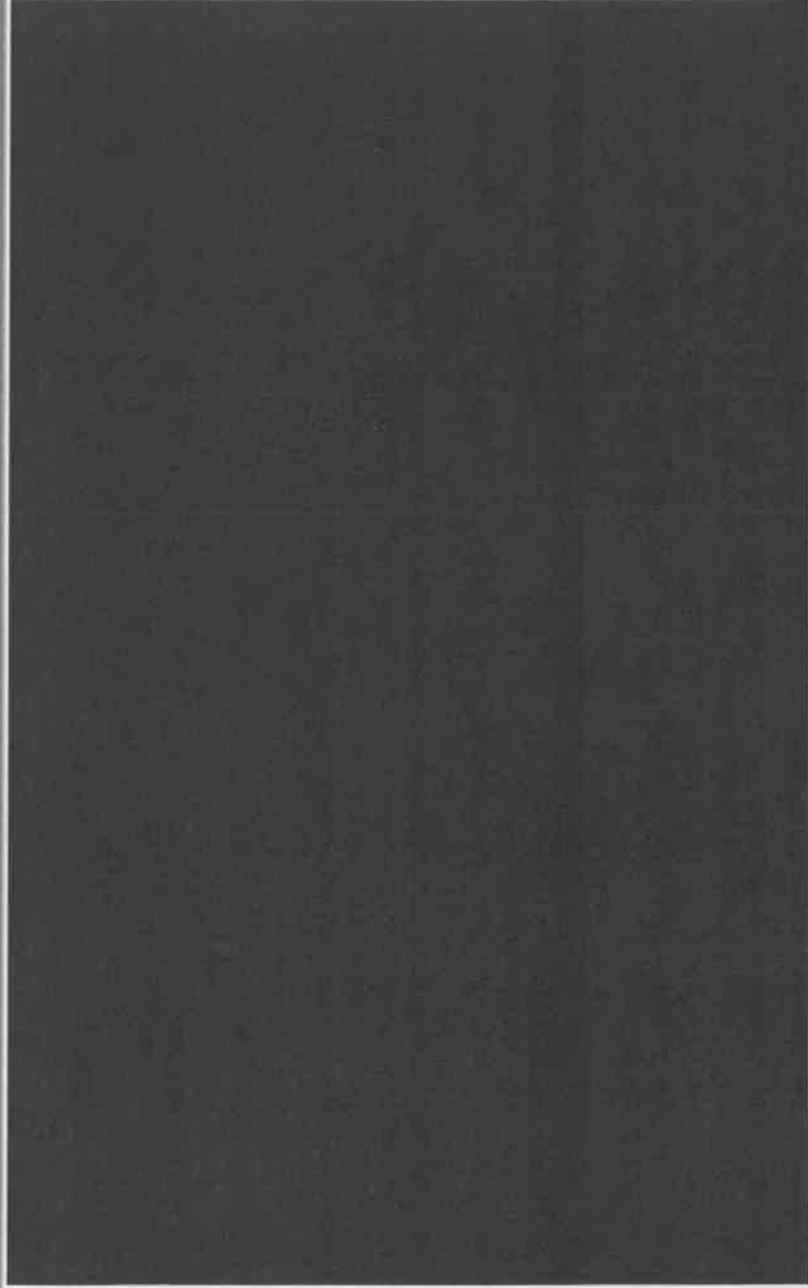
Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R																															
2.1.1.1	Les effectifs : Au jour du contrôle l'établissement compte 71 salariés en CDI pour un équivalent temps plein de 65,4. La répartition des salariés par fonction et l'évolution des ETP de 2021 à mai 2023 est synthétisée dans le tableau ci-dessous : <table><tr><th colspan="4">EVOLUTION DES ETP</th></tr><tr><th>FONCTIONS</th><th>mai-23</th><th>2022</th><th>2021</th></tr><tr><td>Agent logistique</td><td rowspan="16"></td><td rowspan="16"></td><td rowspan="16"></td></tr><tr><td>AES (AMP)</td></tr><tr><td>Aide-soignant</td></tr><tr><td>Animateur</td></tr><tr><td>Auxiliaire vie / Agents hôteliers</td></tr><tr><td>Cadre administratif</td></tr><tr><td>Directeur</td></tr><tr><td>Employé administratif</td></tr><tr><td>Ergothérapeute</td></tr><tr><td>IDEC</td></tr><tr><td>IDE</td></tr><tr><td>Lingère</td></tr><tr><td>MEDCO</td></tr><tr><td>Ouvrier logistique</td></tr><tr><td>Psychologue</td></tr><tr><td>Psychomotricien</td></tr><tr><td>Responsable Accueil/Com</td></tr><tr><td>Responsable RH</td></tr><tr><td>Technicien Supérieur</td></tr><tr><td>TOTAL</td></tr></table>	EVOLUTION DES ETP				FONCTIONS	mai-23	2022	2021	Agent logistique				AES (AMP)	Aide-soignant	Animateur	Auxiliaire vie / Agents hôteliers	Cadre administratif	Directeur	Employé administratif	Ergothérapeute	IDEC	IDE	Lingère	MEDCO	Ouvrier logistique	Psychologue	Psychomotricien	Responsable Accueil/Com	Responsable RH	Technicien Supérieur	TOTAL	Remarque 11 : Les outils de suivi du personnel ne sont pas homogènes et ne permettent pas une lecture et un suivi efficace. Écart 13 : L'équipe de l'établissement n'est pas stabilisée et le recours à de nombreux CDD en fragilise la cohésion (Article L311-3, 3° du CASF). Remarque 12 : Le recours à des salariés au-delà d'un Équivalent Temps plein est un risque d'usure de ces professionnels et met en jeu la sécurité des résidents.
	EVOLUTION DES ETP																																
	FONCTIONS	mai-23	2022	2021																													
	Agent logistique																																
	AES (AMP)																																
	Aide-soignant																																
	Animateur																																
	Auxiliaire vie / Agents hôteliers																																
	Cadre administratif																																
	Directeur																																
	Employé administratif																																
	Ergothérapeute																																
	IDEC																																
	IDE																																
	Lingère																																
	MEDCO																																
	Ouvrier logistique																																
Psychologue																																	
Psychomotricien																																	
Responsable Accueil/Com																																	
Responsable RH																																	
Technicien Supérieur																																	
TOTAL																																	

N°GA
S

Observations ou commentaires

Constat E/R



L'établissement dispose d'une unité PASA de 14 places pour laquelle le temps de personnel en ETP est le suivant :

- Medco : ■
- Psychologue : ■
- Psychoéducateur : ■
- Ergothérapeute : ■
- Infirmier : ■
- ASG : ■
- AMP en formation d'ASG : ■

Soit un total de ■ ETP.

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.3	L'absentéisme : L'établissement a fourni trois plannings pour l'année 2023 : celui du mois de mars qui a été réalisé, celui du mois d'avril qui est en cours et celui du mois de mai qui est prévisionnel. [REDACTED] Compte-tenu de ces remarques, la mission d'inspection ne peut que dresser le constat d'un taux d'absentéisme très élevé puisqu'il concerne régulièrement un tiers du personnel. Les effets sont perceptibles dans l'organisation de l'équipe, le recours important aux CDD, les fonctions de certains professionnels non précisées, les changements de fonctions et la désorganisation de la prise en charge. Il appartient à la direction d'en repérer les causes. Le recrutement par intérim : L'établissement ne recrute pas de salariés par intérim. [REDACTED] Le plan de développement des compétences : L'établissement dispose d'un plan de formation qui est renouvelé chaque année. Pour l'année 2022, celui-ci est composé de 20 actions de formation classées en deux catégories : la catégorie 1 correspond aux 8 formations dont la réalisation est obligatoire : la catégorie 2 correspond aux 11 formations qui se dérouleront si un financement est possible ; la catégorie 3 ne contient aucune formation (formation non prioritaire). Une formation n'a pas été classée, il s'agit de la formation aux gestes d'urgence de niveau 1. Les autres formations comprennent : - Catégorie 1 : - Logiciel de soins Osiris, - La qualité hôtelière, - Le management et l'animation d'équipe, - La mieuxtraillance, - Améliorer le service en salle, - Animation et vie sociale en EHPAD, - Les soignants en UVP, - Sécuriser le circuit du médicament en EHPAD.	Écart 14 : L'absentéisme au sein de l'établissement est très élevé et fragilise à la fois l'équipe et la prise en charge des résidents (Article L311-3, 1° et 3° du CASF).
2.1.1.6	[REDACTED] Le plan de développement des compétences : L'établissement dispose d'un plan de formation qui est renouvelé chaque année. Pour l'année 2022, celui-ci est composé de 20 actions de formation classées en deux catégories : la catégorie 1 correspond aux 8 formations dont la réalisation est obligatoire : la catégorie 2 correspond aux 11 formations qui se dérouleront si un financement est possible ; la catégorie 3 ne contient aucune formation (formation non prioritaire). Une formation n'a pas été classée, il s'agit de la formation aux gestes d'urgence de niveau 1. Les autres formations comprennent : - Catégorie 1 : - Logiciel de soins Osiris, - La qualité hôtelière, - Le management et l'animation d'équipe, - La mieuxtraillance, - Améliorer le service en salle, - Animation et vie sociale en EHPAD, - Les soignants en UVP, - Sécuriser le circuit du médicament en EHPAD.	Remarque 13 : La direction n'a pas fourni le plan de formation réalisé. Écart 15 : Le plan de formation ne propose pas de formation à l'AFGSU, sur la classification des E/EIG, à l'accompagnement à la VAE et de formations diplômantes (Article L.313-12-3 du CASF).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Catégorie 2 : - Améliorer les transmissions ciblées, - Repérer, évaluer, soulager la douleur physique et psychique des personnes atteintes de maladies neurocognitives, Gestes et postures : la manutention des résidents en établissement, - Prévenir et prendre en charge les chutes de la personne âgée, - Accompagner les personnes en fin de vie et leurs proches, - La mise en œuvre de la toilette thérapeutique chez la personne âgée, - Stimulation des fonctions cognitives par le jeu, - Comprendre et accompagner les troubles du comportement chez la personne âgée, - Mettre en œuvre, suivre, ajuster le projet personnalisé, - Intégrer la mixité culturelle des équipes dans son mode de management, - Outils bureautiques. Toutes les formations sont prévues en présentiel. Il n'est pas précisé si ces formations sont réalisées en interne avec des ressources propres à l'établissement ou en externe et si un organisme de formation est sollicité. Si la catégorie de personnel est bien spécifiée, seules 4 formations ont une durée prévisionnelle d'indiquée et celle-ci s'étend d'1 journée (7 h) à 3 jours (21 h) pour la formation à la mieux-veillance. Pour l'année 2023, celui-ci est composé de 9 actions de formation classées en deux catégories : la catégorie 1 comprend 7 formations ; la catégorie 2 comprend 2 formations ; la catégorie 3 ne contient aucune formation. Les formations concernées par catégorie comprennent : - Catégorie 1 : - Soignants en UVP, - Cohésion, coopération et travail en équipe, - Sécuriser le circuit du médicament en EHPAD, - L'alimentation de la personne âgée en EHPAD : prévenir les risques et accompagner, - Sécurité : connaissance du SSI, - Sécurité : maîtrise du SSI - Sécurité : habilitation électrique. - Catégorie 2 : - Comprendre et accompagner les troubles de comportement chez la personne âgée, - Repérer, évaluer, soulager la douleur physique et psychique des personnes atteintes de maladies neurocognitives. Toutes les formations sont prévues en présentiel. Pour 6 formations, à l'exception des trois formations sur la sécurité, il est précisé la période de réalisation, le nombre de salariés concernés (soit 58 au total), la catégorie de personnel (tous en CDI), l'organisme de formation sollicité (le même pour toutes les formations) et le coût. La durée prévisionnelle indiquée s'étend d'1 journée (7 h) à 3 jours (21 h) pour la formation à la cohésion, coopération et travail en équipe. L'établissement ne fait pas appel aux ressources internes pour organiser des formations de plus courte durée ou de remise à niveau sur des points spécifiques. Ceci est contraire à ce qui est écrit dans le projet d'établissement puisqu'il est envisagé de réaliser des formations internes et des mini formations par le médecin coordonnateur, la psychologue ou autre professionnel (Page	

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
	30). Certaines formations prévues en 2022 ont été réinscrites en 2023 sans qu'il soit possible de déterminer s'il s'agit d'un report ou d'une poursuite de formation du personnel. Le plan de formation ne contient pas de formation à l'AFGSU ni de formation diplômante ou d'accompagnement à la VAE. Il n'a pas été possible à la mission d'inspection de vérifier que les formations ont bien été réalisées puisque la direction n'a pas transmis de fiche d'émargement ou d'attestation de formation. Le livret d'accueil : L'établissement s'est doté d'un livret d'accueil pour les nouveaux salariés. Celui-ci est de 11 pages et comporte les points suivants : - 1. Bienvenue - 2. Préambule - 3. Présentation de la fondation COS Alexandre Glasberg - 4. Qu'est-ce qu'un EHPAD - 5. Organisation de la Résidence médicalisée COS Jacques Barrot - 6. Le projet d'établissement - 7. Présentation de l'équipe de la Résidence médicalisée COS Jacques Barrot - 8. Votre engagement - 9. Règlement intérieur, contrat de travail et paie - 10. Organisation du travail - 11. Informations pratiques	
2.1.2.5	Dans le projet d'établissement, il est précisé dans la partie 3 : Les Moyens, I Ressources Humaines, A Personnels de l'EHPAD, 1) Recrutement et Intégration : « Un référent sera nommé pour faciliter l'intégration du nouveau salarié et un entretien bilan avec la direction sera effectué avant la fin de la période d'essai. » (Page 30) Dans la partie II Etablissement, il est également précisé page 11 du Projet d'Etablissement que celui-ci se décline en axes opérationnels portés par plusieurs objectifs. L'axe 2 : Manager les équipes pour répondre à la mission de l'établissement prévoit l'objectif 1 suivant : intégrer, former et fidéliser les nouveaux salariés. Il n'a pas été possible à la mission d'inspection de repérer plus précisément qu'elle était la démarche d'accompagnement et d'intégration des nouveaux salariés au sein de l'établissement. La direction n'a pas fourni de procédure sur ce point ni de document permettant d'explicitier la démarche d'intégration. En matière de soutien aux professionnels, l'établissement ne s'est pas doté d'un groupe d'analyse de pratiques ni d'un groupe de parole pour les salariés. Les plannings : La direction a fourni les plannings pour les mois de mars (réalisé), d'avril (en cours) et de mai (prévisionnel). Ces plannings se présentent sous la forme de fichiers [REDACTED] dans lesquels est mentionnée la liste de tous les salariés par ordre alphabétique et leur mode de présence ou d'absence par jour. Il n'est pas possible de repérer le mode d'organisation de l'équipe de soins dans l'établissement.	Remarque 14 : Le livret d'accueil ne comporte pas de volet sur l'accueil et l'intégration des nouveaux salariés. Remarque 15 : L'établissement n'a pas mis en place un groupe de parole ou un groupe d'analyse de pratique.
2.1.4.5		Remarque 16 : Le planning manque de lisibilité et ne permet pas d'appréhender l'organisation de l'établissement.

N°IGAS		Observations ou commentaires		Constat E/R																																													
A partir des différents éléments fournis, il a été possible de dresser les plannings types de l'équipe de soins suivants (en rouge les temps de pause et case barrée par quart d'heure) :		Planning type		7h	7h30	8h	8h30	9h	9h30	10h	10h30	11h	11h30	12h	12h30	13h	13h30	14h	14h30	15h	15h30	16h	16h30	17h	17h30	18h	18h30	19h	19h30	20h	20h30	21h																	
		IDE 1																																															
		IDE	IDE 2																																														
			IDE 3																																														
			IDE 4																																														
			AS	AS7																																													
		AS9																																															
		AS Vol.																																															
		Soc.	AES																																														
			AVS																																														
		ASH	ASH Rest.																																														
			ASH BioNet.																																														
		ASL	ASL																																														
		La mission d'inspection n'a pas trouvé d'informations relatives au planning des AES et des agents de service logistique.																																															
		Sur la journée du 7 avril 2023, il a été noté les caractéristiques suivantes pour les salariés qui figurent au planning :																																															
		<table><tr><th colspan="2">JOURNEE DU 7 AVRIL</th></tr><tr><th>FONCTION</th><th>NOMBRE</th></tr><tr><td>Direction</td><td></td></tr><tr><td>Cadres</td><td></td></tr><tr><td>Administratif</td><td></td></tr><tr><td>Animateur</td><td></td></tr><tr><td>Infirmier</td><td></td></tr><tr><td>AS Gériatologie</td><td></td></tr><tr><td>Aide-soignant</td><td></td></tr><tr><td>AMP</td><td></td></tr></table>																												JOURNEE DU 7 AVRIL		FONCTION	NOMBRE	Direction		Cadres		Administratif		Animateur		Infirmier		AS Gériatologie		Aide-soignant		AMP	
		JOURNEE DU 7 AVRIL																																															
		FONCTION	NOMBRE																																														
		Direction																																															
		Cadres																																															
		Administratif																																															
		Animateur																																															
		Infirmier																																															
		AS Gériatologie																																															
		Aide-soignant																																															
		AMP																																															

Observations ou commentaires		Constat E/R																						
N°IGA S	<table><tr><td>Auxiliaire Vie</td><td></td></tr><tr><td>Agent service hôtelier</td><td></td></tr><tr><td>Horaire exceptionnel</td><td></td></tr><tr><td>Lingère</td><td></td></tr><tr><td>AS Nuit</td><td></td></tr><tr><td>Repos Hebdomadaire</td><td></td></tr><tr><td>Repos Compensateur</td><td></td></tr><tr><td>Congé Payé</td><td></td></tr><tr><td>Maladie</td><td></td></tr><tr><td>Maternité</td><td></td></tr><tr><td>Absence injustifiée</td><td></td></tr></table>	Auxiliaire Vie		Agent service hôtelier		Horaire exceptionnel		Lingère		AS Nuit		Repos Hebdomadaire		Repos Compensateur		Congé Payé		Maladie		Maternité		Absence injustifiée		
	Auxiliaire Vie																							
	Agent service hôtelier																							
	Horaire exceptionnel																							
	Lingère																							
	AS Nuit																							
	Repos Hebdomadaire																							
	Repos Compensateur																							
	Congé Payé																							
	Maladie																							
	Maternité																							
Absence injustifiée																								
	Il est à noter le nombre élevé de salariés en repos compensateur, soit ■ % des effectifs, le nombre également important de salariés en arrêt maladie, soit ■ % des effectifs, et le nombre de salariés en absence injustifiée, soit ■ % des effectifs. Le manque d'informations (organisation, composition des équipes, fonctions notamment) et de lisibilité ne permet pas d'avoir une lecture plus approfondie des plannings. Les fiches de tâches heurées : L'établissement s'est doté de fiches de tâches heurées pour les professions suivantes : - Infirmier référent et infirmier, - Assistant de soins en gérontologie, - Aide-soignant (selon horaires et de nuit), - Auxiliaire de vie sociale (planning et volant), - Agent de service hôtelier (restauration et bionettoyage). Ces fiches détaillent les principales activités pour chaque professionnel selon un découpage horaire structurant le déroulé de la journée, sans entrer dans son organisation précise. Les temps de transmission, tant oraux qu'écrits, apparaissent clairement. La distribution des médicaments apparaît uniquement dans la fiche Infirmier sans qu'aucune délégation soit mentionnée dans les fiches des autres professionnels. Ces fiches mentionnent des activités différentes selon les professionnels, à l'exception de la fiche d'aide-soignant et d'auxiliaire de vie. Sur ces deux fiches, il est possible de retrouver les activités suivantes : - Toilettes effectuées selon le plan de soins et de changes établis selon les besoins ; - Nursing en collaboration avec l'AS ou l'AVS. Il est à noter que l'accompagnant éducatif et social (ou AMP), ainsi que l'agent de service logistique ne disposent pas de fiche de tâches heurées. Il n'a pas été possible à la mission d'inspection de repérer qu'elles sont leurs fonctions au sein de l'établissement.																							
2.1.4.2		Remarque 17 : Il n'existe pas de fiche de tâches heurées pour l'AES et l'agent de service logistique.																						

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.4.4	Le glissement de tâches : L'absence de planning clairement établi pour les AES et les agents de service logistique, mais également l'absence de fiche de tâches horaires pour ces deux mêmes catégories de salariés ne permet pas d'avoir une visibilité sur ces deux fonctions et sur de possible glissements de tâches. Les fiches de tâches horaires d'aide-soignant et d'auxiliaire de vie font apparaître une indifférenciation quant au professionnel qui pratique la toilette sans qu'il soit précisé s'il s'agit de toilette complète, au lit ou d'aide à la toilette. La toilette complète et la toilette au lit sont des actes de soins. Les plannings font apparaître que certains agents de service logistique peuvent être employés aussi bien en tant qu'auxiliaire de vie que d'agent de service hôtelier, voire d'aide-soignant. Le manque de précisions sur cette catégorie de salariés dans l'établissement et leurs qualifications ne permettent pas d'exclure l'existence de glissement de tâches. La gestion des absences imprévues : L'établissement s'est doté d'un protocole de remplacement des absences imprévues qui est en cours de finalisation. Ce protocole envisage trois possibilités pour remplacer un soignant absent : - Le recours à la liste des salariés « vacataires » (Cf. CCD courts) ; - Le recours à une société d'intérim ; - Le recours à un salarié en CDI qui n'est pas en poste et qui peut venir par échange avec une autre journée ou en heures supplémentaires. Si l'une de ces trois solutions ne peut aboutir, il est alors envisagé de modifier l'organisation du ou des services afin de répartir la charge de travail sur les salariés présents ou de modifier la charge de travail en reportant certaines actions non prioritaires. Le protocole détaille ensuite le type d'organisation ou de tâches modifiées qui peuvent être mis en place par l'infirmier coordonnateur, l'infirmier présent ou le cadre d'astreinte selon le moment où a lieu l'absence.	Écart 16 : Les missions entre aide-soignant et auxiliaire de vie, manquent de précisions et celles de l'AES et de l'agent de service logistique ne sont pas explicites (Annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnement éducatif et social).
2.1.4.7	Le protocole propose un point régulier dans la journée par trois fois par le responsable et de renforcer le lendemain l'équipe déficitaire la veille pour réaliser les tâches reportées. La qualification du personnel de nuit : L'établissement n'a pas fourni la copie des diplômes des salariés qui interviennent la nuit, il n'a donc pas été possible à la mission d'inspection de vérifier leurs qualifications.	
2.1.4.10		

Commentaire complémentaire

Prises 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 d'admission transmise est datée de 2014, donc antérieurement à l'ouverture de l'EHPAD. La procédure est conforme en prévoyant les étapes de l'admission du résident du premier contact pour renseignement jusqu'à 1 mois et demi après son entrée dans l'établissement. Toutes les étapes mentionnées dans la procédure explicitent les acteurs impliqués et leurs fonctions dans ce processus. Le MEDCO est bien sollicité pour toutes les admissions en apportant son avis sur le dossier médical du candidat et en participant à la visite de pré-admission. Évaluation à l'admission Pendant la visite de pré-admission, une évaluation du GIR est établie par le médecin traitant du futur résident. Après un délai d'environ 15 jours des évaluations cutanées (escarres), douleurs, antécédents de santé, risque de fugue/chute/fausse route, état nutritionnel/hydratation ainsi que de l'état mental sont prévues. Le médecin coordonnateur effectue aussi une évaluation du GIR. Le PAI Il n'y a pas de référent PAI par résident. Le PAI se fait sur la base des informations recueillies sur la personne à travers le processus d'inscription et des échanges ultérieurs, impliquant alors beaucoup de professionnels accompagnant le résident au quotidien dans le processus. En plus de cette liste potentielle participent : le MEDCO ou l'IDEC, une IDE, un psychologue, une psychomotricienne, un kinésithérapeute, un ergothérapeute et une AS. L'élaboration se fait après ces échanges permettant le recueil d'informations sur les habitudes de vie du résident pour proposer une prise en charge adaptée à sa situation et ses souhaits. Le PAI est normalement amorcé un mois et demi après l'entrée du résident dans la structure et il lui est présenté, ainsi qu'à ses proches, pour confirmation et validation encore un mois et demi après. Le PAI est ensuite formalisé et s'engage dans une « démarche continue » de révision à minima annuelle. Aucune autre périodicité n'est évoquée.	
3.1.3.3		Remarque 18 : Il n'y a pas de référent PAI dans l'établissement. Remarque 19 : L'établissement ne prévoit pas de révision du PAI autre que celle annuelle. Écart 17 : Une partie des résidents ne dispose pas d'un PAI révisé annuellement (Article D312-155-0, °3 du CASF).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La personne accueillie joue un rôle dans l'élaboration de son PAI en renseignant ses habitudes de vie et ses goûts au personnel en contact avec lui. Son rôle pendant le reste de l'élaboration se limite à donner son accord, ou non, pour la validation du projet établi sans pouvoir directement participer aux discussions de l'équipe de rédaction.	
3.1.4.4	La Commission de Coordination Gériatrique Une commission de coordination gériatrique est bien présente au sein de l'établissement. D'après le livret d'accueil, datant du 1er janvier 2023, celle-ci est censée se réunir au moins deux fois par an mais seuls les comptes rendus de 2019 et 2021 ont été fournis. La commission du 27 mars 2019 porte sur un bilan de l'activité médicale de 2018, des objectifs de l'année en cours ainsi que de la présentation du nouveau personnel et partenaires ayant rejoint l'établissement. La commission du 8 janvier 2021 est exceptionnelle et a pour but de préparer la campagne de vaccination contre le COVID au sein de l'établissement. Un Groupe de Réflexion Éthique est aussi présent dans l'établissement. Il se réunit deux fois par an, rassemble une équipe de 8 à 15 membres représentant toutes les catégories de professionnels et les résidents, dans l'objectif de partager et de stimuler les questionnements éthiques. La mission ne peut établir de liste de participants et attester des fonctions représentées. Interventions des professionnels médicaux	Écart 18 : La Commission de Coordination Gériatrique ne se réunit pas au rythme prévu par la réglementation (Article D312-158, 3° du CASF).
3.1.4.5	D'après l'établissement, il n'y a que des médecins traitants et l'équipe mobile gériatrique qui interviennent dans l'établissement. Aucun des médecins traitants n'utilisent le logiciel de soin pour leurs prescriptions. Trois médecins traitants prennent en charge les résidents [REDACTED] La mission s'interroge sur les modalités du choix de son médecin traitant par le résident. Système d'appels-malade	Remarque 20 : Les médecins traitants intervenant dans l'établissement n'utilisent pas le logiciel de soin.
2.5.4.3	« Les appels-malade sont connectés à une application qui permet de détecter l'étage et la chambre concernés par l'appel-malade, de lire l'heure de l'appel, l'heure d'affichage de la présence du soignant, et l'heure de désactivation de l'appel. [...] La dernière anomalie date de la semaine passée avec une désynchronisation de la date et de l'heure » L'établissement n'a pas fourni d'indicateurs relatifs au temps de réponse de l'équipe soignante.	

Commentaire complémentaire

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le livret d'accueil	
3.2.2.2	Le livret d'accueil transmis, en date du 1er mars 2023, contient plusieurs volets en rapport avec les droits du résident comme : le libre choix du médecin traitant et des intervenants extérieurs, les contacts intérieurs et extérieurs à joindre en cas de réclamation, les possibilités de participation à la vie de l'établissement pour les résidents et les droits relatifs à la protection des données. La charte des droits et libertés de la personne accueillie est également annexée au livret d'accueil.	
3.2.2.5	Le contrat de séjour, autant pour l'hébergement permanent que temporaire, renseigne le signataire sur les droits suivants : l'accès aux soins, comment désigner et changer sa personne de confiance, rédiger ses directives anticipées, le respect de la liberté d'aller et venir, l'accès aux soins palliatifs (ainsi que des informations sur le congé d'accompagnement de fin de vie pour les proches) et le droit à l'image.	
	Procédure relative aux contentions	
3.2.3.1	Le RAMA 2022 confirme l'existence d'une procédure relative aux contentions mais, dans le cadre du contrôle, seul un arbre décisionnel a été transmis. Ce dernier date de 2021 et repose sur un processus en trois étapes : la recherche des causes du trouble de la personne, l'identification des risques pour elle et les autres et l'évaluation de l'efficacité des moyens d'intervention mis en place. La contention arrive toujours en dernier recours. Le RAMA 2022 fait bien état du nombre de contentions employés dans l'établissement au 31 décembre 2022	Écart 19 : L'établissement n'a pas transmis la procédure relative aux contentions (Article L311-3, 1° du CASF).

Commentaire complémentaire

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Convention EHPAD/Officine	
3.8.2.9	Une convention partenariale [REDACTED] a été transmise qui s'applique entre l'EHPAD et l'officine. Les ordonnances sont télétransmises par l'EHPAD à l'officine dès lors que l'établissement dispose de l'originale en respectant la sécurité des données. Les échanges informatiques entre l'officine et l'établissement se font donc via le logiciel du fournisseur [REDACTED]. La responsabilité d'assurer la confidentialité des données traitées repose sur l'officine. Pour la communication d'informations, l'EHPAD s'engage à faciliter les liens entre l'équipe soignante de la structure et celle de l'officine pour assurer la qualité et continuité optimale des soins dispensés. De son côté, les pharmaciens référents et dispensateurs s'engagent au suivi personnalisé des résidents pour assurer la qualité de l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance. Les échanges sont facilités et se font de manière informatisée et via un cahier de liaison accessible aux deux parties. Délégation d'administration des médicaments par l'IDE Une FAQ sur la distribution des médicaments et la collaboration entre AS et infirmiers ainsi qu'un protocole de bonnes pratiques de la délégation des médicaments en ESMS, de 2019, ont été transmis. Les documents établissent clairement le cadre des deux fonctions et que si la collaboration est possible cela ne doit constituer un glissement de tâches. Ils explicitent que l'IDE ne délègue jamais sa responsabilité et doit s'assurer que les AS/AMP disposent de connaissances et d'une formation suffisante pour administrer les médicaments préparés personnellement par l'infirmier et selon ses consignes précises qu'elle doit transmettre en amont pour organiser la prise en charge. Ils précisent aussi le cadre de la délégation pour les AS/AMP qui doivent respecter impérativement les consignes de l'IDE, lui transmettre précisément les informations liées à l'administration des médicaments et effectuer un travail de traçabilité sur l'administration des traitements de leur côté (notamment pour les refus et les non prises). Il est aussi explicité la liste des traitements non déléguables ainsi que les « actes de la vie courante » où les AS/AMP peuvent participer à la prise de médicaments. Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur Un protocole, de 2019, a bien été transmis avec une fiche technique récapitulative.	
3.8.2.22		
3.8.2.24	Celui-ci s'appuie sur la sensibilisation, la définition et l'identification des différents types de douleur et leurs mécanismes afin d'offrir une prise en charge adaptée à chaque résident en fonction de son historique de santé et des signes qu'il faut savoir détecter. Le protocole et la fiche technique appuient le fait que les signes révélateurs de la douleur varient grandement en fonction du résident et qu'une connaissance personnalisée est nécessaire pour la meilleure prise en charge. En cas de douleurs, plusieurs échelles sont prévues [REDACTED] et différents traitements sont présentés (volet sur les alternatives thérapeutiques).	Écart 20 : Les documents transmis ne permettent pas d'établir la qualité de la prise en charge de la douleur dans l'établissement (Article L1110-5 du CSP).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Si le caractère, à minima, annuel des évaluations douloureux ne peut être établi, le RAMA 2022 fait état de très peu de grilles douloureuses remplies en 2021 et 2022.	
	<u>Protocole soins palliatifs et fin de vie</u>	
3.8.2.25	Une convention soins palliatifs avec le réseau [REDACTED], a été transmise, celle-ci n'est plus à jour. Aucun protocole relatif à ce sujet n'a été transmis et le RAMA 2022 confirme qu'aucun protocole n'existe dans la base de données du groupe. Il est également écrit dans le RAMA que [REDACTED] des 85 résidents ont formulé des directives anticipées alors que tous ont une personne de confiance. <u>Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel</u>	Écart 21 : L'établissement n'a pas transmis de protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie (Article L1111-11 du CSP).
3.4.3.9	D'après le document fourni et le RAMA 2022, le caractère mensuel des pesées est un objectif qui n'est pas atteint en raison du turnover et du manque de formation. Il est également signalé dans le RAMA, que la dénutrition des résidents à l'entrée était très présente [REDACTED] et qu'il n'y avait pas de suivi systématique de la nutrition en 2022.	Écart 22 : Les documents transmis ne permettent pas d'établir la qualité de la prise en charge nutritionnelle des résidents (Article L311-3, 3° du CASF).

Commentaire complémentaire

Relations avec l'extérieur
Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Personnels médicaux et paramédicaux libéraux		
4.2.1.2	Un planning a été transmis pour 4 kinésithérapeutes intervenant du lundi au vendredi matin [REDACTED] [REDACTED] Ainsi que pour un orthophoniste qui intervient le lundi, mardi, mercredi et le jeudi matin pour [REDACTED] résidents réguliers et plus selon la demande.	Remarque 21 : Les qualifications des intervenants paramédicaux libéraux n'ont pas été transmises.

Commentaire complémentaire

Risques environnementaux

	Observations ou commentaires	Constat E/R
AMIANTE	L'établissement indique que l'établissement a été construit après 2010. Il n'est donc pas concerné par le risque amiante.	
	Une convention de collecte établie avec le collecteur [REDACTED] a été transmise. Elle est datée du 1/05/2020. Elle précise la fréquence de collecte et les lieux de traitement (incinération ou banalisation). Concernant le site de banalisation, celui-ci est obsolète. Aucune précision n'est indiquée concernant le type de collecte à savoir directe ou avec regroupement.	Sans objet Remarque 22 : La convention de collecte contient des données erronées (adresse site de banalisation et absence de précision sur le type de collecte ; ce dernier point étant à corriger avec nos observations concernant les bordereaux de suivi).
DASRI	Plusieurs bordereaux de suivis des déchets (cerfa 11351*04) concernant l'année 2022 ont été transmis. Il s'agit toutefois des feuillets n°4 et non des feuillets n°1 signés par l'installation destinataire attestant de l'élimination des DASRI. Par ailleurs, l'installation destinataire indiquée est un centre de regroupement. En l'état, il semble y avoir une incohérence au vu des bordereaux de suivis de déchets. En cas de regroupement, un bon de prise en charge doit être établi entre votre établissement et le collecteur puis la copie du bordereau de suivi de déchets (cerfa 11352*04) dûment rempli doit vous être transmis après élimination des DASRI (incinération ou banalisation).	Ecart 23 : Les bordereaux de suivi des déchets doivent être transmis intégralement remplis. Remarque 23 :

		Se rapprocher de votre collecteur pour clarifier les termes de votre convention soit en modifiant l'installation destinataire dans les bordereaux de suivi de déchets s'il s'agit une collecte sans regroupement soit en modifiant la convention en précisant qu'il y a un regroupement et dans ce cas, en utilisant des bons de prise en charge complétés par un bordereau de suivi des DASRI après chaque traitement.
LEGIONELLES	Les analyses transmises contiennent les résultats de l'année 2020 à 2022.	
	On note l'absence de points de surveillance réglementaires sur les années 2020 et 2021 (fond de ballon et retour de boucle).	
	Les résultats de l'année 2022 sont complets et conformes.	Ecart 24 : Les analyses de légionelles n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur.

Récapitulatif des écarts et des remarques

Nbre	Référence	Ecarts majeurs	Texte de référence
1	Ecart 1 / 1.1.3.1	résidents n'ont pas eu d'évaluation de GIR ou n'ont pas de date d'évaluation prévue.	Article D313-15 du CASF
2	Ecart 8 / 1.3.3.2	Les comptes rendu du CVS transmis ne font pas mention de la présentation pourtant obligatoire des EI/EIG et dysfonctionnements en CVS.	Article R331-10 du CASF
3	Ecart 12 / 1.5.1.6	La classification de certains événements en EI et non en EIG sont à justifier.	Articles L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 du CASF
4	Ecart 22 / 3.4.3.9	Les documents transmis ne permettent pas d'établir la qualité de la prise en charge nutritionnelle des résidents.	Article L311-3, °3 du CASF

5	Ecart 23 / DASRI	Les bordereaux de suivi des déchets doivent être transmis intégralement remplis.	Articles L.1335-2 et R.1335-1 à R.1335-14 du CSP Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques 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 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.
6	Ecart 24 / Légionelles	Les analyses de légionelles n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur.	

Nbre	Référence	Ecart	Texte de référence
1	Ecart 2 / 1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement ne mentionne pas la consultation du CVS.	Article L. 311-7 du CASF
2	Ecart 3 / 1.2.1.4	Le projet d'établissement transmis couvre la période 2016-2018 et n'est pas à jour.	Article L311-8 du CASF
3	Ecart 4 / 1.2.1.6	Le contenu du plan bleu n'est pas conforme à la réglementation et doit contenir une réponse à toutes les situations de crise prévues dans la réglementation.	Article D312-160 du CASF
4	Ecart 5 / 1.2.2.12	Les attestations de cadre et d'inscription à l'ordre infirmier de l'IDEC n'ont pas été transmis.	Article L4311-3 du CSP
5	Ecart 6 / 1.2.2.1.4	Au regard de la capacité de l'EH PAD, le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation.	Article D312-156 du CASF
6	Ecart 7 / 1.3.3.1	La composition du CVS n'est pas conforme aux dispositions en vigueur.	Décret N°2022-688 du 25 avril 2022
7	Ecart 9 / 1.4.2.1	L'établissement n'a jamais procédé à une évaluation externe depuis 2016.	Article D312-203 du CASF
8	Ecart 10 / 1.4.3.1	Absence de protocole en lien avec la bientraitance et la lutte contre la maltraitance.	Article L311-3 du CASF
9	Ecart 11 / 2.1.2.1	Aucune formation sur l'identification et la déclaration des EI/EIG n'est dispensée pour le personnel de l'établissement	Article L313-12-3 du CASF
10	Ecart 13 / 2.1.1.1	L'équipe de l'établissement n'est pas stabilisée et le recours à CDD en fragilise la cohésion.	Article L311-3, 3° du CASF
11	Ecart 14 / 1.5.1.3 / 2.1.1.3	L'absentéisme au sein de l'établissement est très élevé et fragilise à la fois l'équipe et la prise en charge des résidents.	Article L311-3, 1° et 3° du CASF

12	Ecart 15 / 2.1.2.1	Le plan de formation ne propose pas de formation à l'AFGSU, sur la classification des EI/EIG, à l'accompagnement à la VAE et de formations diplômantes.	Article L313-12-3 du CASF
13	Ecart 16 / 2.1.4.4	Les missions entre aide-soignant et auxiliaire de vie manquent de précisions et celles de l'AES et de l'agent de service logistique ne sont pas explicites.	Annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social
14	Ecart 17 / 3.1.3.3	Une partie des résidents ne dispose pas d'un PAI révisé annuellement.	Article D312-155-0, 3° du CASF
15	Ecart 18 / 3.1.4.4	La Commission de Coordination Gériatrique ne se réunit pas au rythme prévu par la réglementation.	Article D312-158, 3° du CASF
16	Ecart 19 / 3.2.3.1	L'établissement n'a pas transmis la procédure relative aux contentions.	Article L311-3 1° du CASF
17	Ecart 20 / 3.8.2.24	Les documents transmis ne permettent pas d'établir la qualité de la prise en charge de la douleur dans l'établissement.	Article L1110-5 du CSP
18	Ecart 21 / 3.8.2.25	L'établissement n'a pas transmis de protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie.	Article L1111-11 du CSP

Nbre	Référence	Remarques
1	Remarque 1 / 1.1.1.2	Le projet de service spécifique au PASA n'est pas daté.
2	Remarque 2 / 1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement transmis n'est pas dûment daté.
3	Remarque 3 / 1.2.1.6	Le plan bleu transmis n'est pas dûment daté.
4	Remarque 4 / 1.2.2.1	L'organigramme transmis ne permet pas d'identifier les liens hiérarchiques
5	Remarque 5 / 1.4.3.1	Manque de formation sur la question de la bientraitance et la maltraitance.
6	Remarque 6 / 1.4.3.2	Absence de procédure spécifique aux cas de violences ou harcèlements sexuels.
7	Remarque 7 / 1.4.3.3	Absence de procédure relative aux signalements en cas d'agression.
8	Remarque 8 / 1.5.1.1	Le système d'enregistrement des plaintes ne permet d'identifier clairement la résolution des plaintes et réclamations.
9	Remarque 9 / 1.5.1.5	En suivant la procédure fournie, le groupe d'analyse est limité dans sa mission car la classification d'un événement en EI ou EIG est déterminée par la direction.
10	Remarque 10 / 1.5.1.6	Le format du RETEX transmis ne permet pas une diffusion efficace aux équipes concernées.
11	Remarque 11 / 2.1.1.1	Les outils de suivi du personnel ne sont pas homogènes et ne permettent pas une lecture et un suivi efficace.
12	Remarque 12 / 2.1.1.1	Le recours à des salariés au-delà d'un Équivalent Temps plein est un risque d'usure de ces professionnels et met en jeu la sécurité des résidents.
13	Remarque 13 / 2.1.2.1	La direction n'a pas fourni le plan de formation réalisé.
14	Remarque 14 / 2.1.2.5	Le livret d'accueil proposé par l'établissement n'est pas un protocole d'intégration des nouveaux salariés.

15	Remarque 15 / 2.1.2.5	L'établissement n'a pas mis en place un groupe de parole ou un groupe d'analyse de pratique.
16	Remarque 16 / 2.1.4.5	Le planning manque de lisibilité et ne permet pas d'appréhender l'organisation de l'établissement.
17	Remarque 17 / 2.1.4.2	Il n'existe pas de fiche de tâches hebdomadaires pour l'AES et l'agent de service logistique.
18	Remarque 18 / 3.1.3.3	Pas de référent PAI dans l'établissement.
19	Remarque 19 / 3.1.3.3	L'établissement ne prévoit pas de révision du PAI autre que celle annuelle.
20	Remarque 20 / 3.1.4.5	Les médecins traitants intervenant dans l'établissement n'utilisent pas le logiciel de soin.
21	Remarque 21 / 4.2.1.2	Les qualifications des intervenants paramédicaux libéraux n'ont pas été transmises
22	Remarque 22 / DASRI	La convention de collecte contient des données erronées (adresse site de banalisation et absence de précision sur le type de collecte ; ce dernier point étant à corriger avec nos observations concernant les bordereaux de suivi).
23	Remarque 23 / DASRI	Se rapprocher de votre collecteur pour clarifier les termes de votre convention soit en modifiant l'installation destinataire dans les bordereaux de suivi de déchets s'il s'agit d'une collecte sans regroupement soit en modifiant la convention en précisant qu'il y a un regroupement et dans ce cas, en utilisant des bons de prise en charge complétés par un bordereau de suivi des DASRI après chaque traitement.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD « Résidence médicalisée COS Jacques Barrot », géré par la fondation COS Alexandre Glasberg, a été réalisé 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 :

- Conformité aux conditions de l'autorisation :
- Un taux d'occupation conforme à la réglementation

- Management et Stratégie :
- Présence d'un trio de tête dans l'établissement
- Gestion des risques et de la qualité

Prises en charge :

- Respect du droit des personnes :
- Un livret d'accueil complet en matière de droits des résidents

- Organisation de la prise en charge :
- Une procédure d'admission établie

Elle a également relevé des dysfonctionnements en matière :

Gouvernance :

- **Management et Stratégie :**
- Outils de management ne permettant pas une gestion optimale
- Absence de projet d'établissement depuis l'ouverture de la structure

- **Gestion des risques et de la qualité :**
- Le plan bleu ne prévoit pas de protocole pour toutes les situations de crise
- Pas de présentation des EI/EIG et des dysfonctionnements de l'établissement au CVS
- Classification inadéquate des EI et EIG au regard de la réglementation

Prises en charge :

- **Respect du droit des personnes :**
- Absence de politique formelle en matière de bientraitance et de lutte contre la maltraitance

- **Organisation de la prise en charge :**
- Pas d'évaluation systématique du GIR à l'entrée dans l'établissement
- Absence de transmission du protocole de l'établissement relatif aux contentions
- Manque du protocole relatif à la fin de vie et aux soins palliatifs
- Absence de révision annuelle des PAI de l'ensemble des résidents

- **Soins :**
- Défaut de prise en charge de la douleur et de la dénutrition du résident
- Pas de réunion annuelle de la Commission de Coordination Gériatrique

Fonctions support :

- **Gestion des RH :**
- Instabilité de l'équipe de l'établissement
- Les missions de certains membres de l'équipe soignante ne sont pas clairement définies
- Manque de formation sur la déclaration des EI/EIG

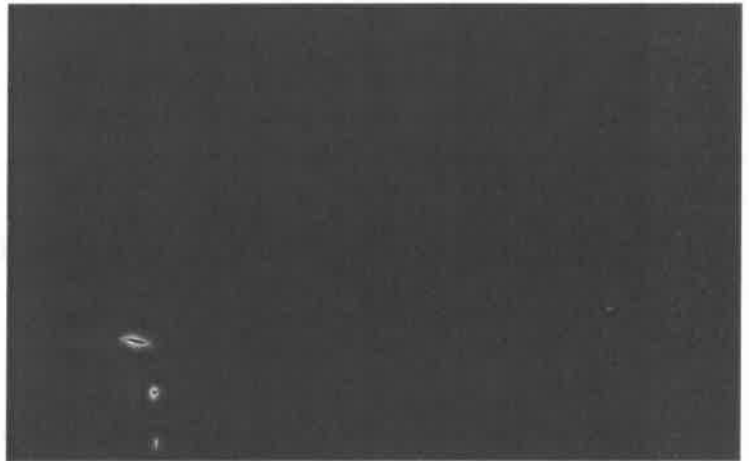
- Le plan de formation ne prend pas suffisamment en compte l'évolution professionnelle des salariés

Risques environnementaux :

- Les analyses légionelles fournies n'ont pas été effectuées conformément à 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 20 novembre 2023



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 de solidarités
Ville de Paris

Affaire suivie par : Sophie PASQUIER
Conrad LAJUSTICIA



Madame Sophie PASQUIER, coordinatrice de la mission d'inspection, chargée de mission Secteur Personnes Agées, Agence Régionale de Santé Île-de-France, Délégation départementale de Paris

Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de mission Secteur Personnes Agées Agence Régionale de Santé Île-de-France, Délégation départementale de Paris

Monsieur Frédéric MUSSO, responsable de la Mission inspection des ESMS, 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, 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

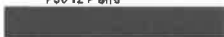
Mesdames, Messieurs,

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

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

1. La gestion des ressources humaines
2. La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance.

94/96 Quai de la Rapée
75012 Paris



13 rue du Landy
93200 Saint-Denis



3. L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante ;
4. La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance ;

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur pièces de l'EHPAD « Résidence Médicalisée COS Jacques Barrot » (FINESS géographique 750057606) situé 16 Rue Gilbert Cesbron, 75017 PARIS, géré par la Fondation COS Alexandre Glasberg, 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 Sophie PASQUIER, coordinatrice de la mission, chargée de mission Secteur Personnes Agées, 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, 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 ;

Pour sa composante Ville de Paris :

- Monsieur Frédéric MUSSO, responsable de la Mission Inspection des ESMS, 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'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 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



Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces Résidence Médicalisée Jacques Barrot

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

35	Tableau du personnel des unités PASA ou UHR [REDACTED]	OUI
36	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit	OUI
37	Une fiche de tâches heurées, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AMP, AES, ASG, IDE	OUI
38	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	OUI
39	Procédure d'admission des résidents	OUI
40	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)	OUI
41	Relevé des pesées et des IMC pour chaque résident accueillis dans la structure en année N-1 [REDACTED]	OUI
42	Les 2 derniers CR et feuilles d'émargement de la commission de coordination gériatrique	OUI
43	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	OUI
44	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie [REDACTED]	OUI
45	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)	OUI
46	Livret d'accueil du résident	OUI
47	Contrat de séjour d'un résident et ses annexes	OUI
48	Procédure relative aux contentions	OUI
49	RAMA	OUI
50	Convention pharmacie EHPAD	OUI
51	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	OUI
52	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	OUI
53	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	OUI
54	Le planning des intervenants paramédicaux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) : avec indication pour chaque professionnel de son identité, sa qualification, le nombre de résidents pris en charge sur le trimestre t-1	OUI
55	La fiche récapitulative (FR) du dossier technique amiante (DTA)	OUI
56	La convention de collecte avec prestataire des DASRI et bordereaux de suivi ou de prise en charge	OUI
57	Les analyses 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