

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes
EHPAD La Pirandelle
6 rue Pirandello - 75013 Paris
N° FINESS : 75 082 875 8**

**RAPPORT DE CONTRÔLE
N° 2023_IDF_00209
Contrôle sur pièces du 03/ 03 /2023**

Mission conduite par

- Madame Dominique GRUJARD, coordinatrice de la mission d'inspection, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L. 132-2 du CASF par la Ville de Paris,
- Madame Christel ROUGY, ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Docteur Anne SIMONDON, conseillère médicale, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France, désignée personne qualifiée conformément à l'article 1421-1 du CSP
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, conseillère médicale, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France, désignée personne qualifiée conformément à l'article 1421-1 du CSP

Textes de référence

- Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles
- Article L. 133-2 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 dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	6
Contexte de la mission de contrôle.....	6
Modalités de mise en œuvre	6
Présentation de l'établissement.....	7
Constats.....	8
Gouvernance	9
Conformité aux conditions de l'autorisation	9
Management et Stratégie.....	9
Gestion de la qualité.....	12
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	14
Gestion des ressources humaines	16
Communication.....	15
Fonctions support	16
Gestion des ressources humaines.....	16
Prise en charge.....	20
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.....	20
Respect des droits des personnes	22
Soins.....	22
Relations avec l'extérieur.....	24
Coordination avec les autres secteurs	24
Récapitulatif des écarts et des remarques	25
Conclusion	25
Glossaire.....	27
Annexes	28
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	28
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	30

Synthèse

Données générales sur l'établissement			
Nom	La Pirandelle	Capacité hébergement permanent	85
Adresses	6 rue Pirandello	Places habilitées aide sociale	85
Arrondissement	75013	Présence d'une UVP	0
Gestionnaire	Association ISATIS	Places en UHR	0
Statut juridique	Privé non lucratif	Places en PASA	0
Un CPOM est en cours de négociation avec l'association ISATIS.			

Éléments déclencheurs de la mission

Le présent contrôle sur pièces, 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

Le contrôle a été réalisé le 3 mars 2023 par l'ARS et la ville de Paris avec annonce préalable à l'établissement.

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

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

Points positifs de l'établissement relevés par la mission

GOUVERNANCE

- Conformité aux conditions d'autorisation

Le taux d'occupation de l'établissement est pleinement satisfaisant puisqu'il est de 98 %.

- Management et Stratégie

L'établissement s'est doté d'outils de management, notamment :

- d'un règlement de fonctionnement,
- d'un projet d'établissement
- d'un plan bleu.

L'établissement dispose d'une infirmière cadre à temps plein.

- Animation et fonctionnement des instances

Le Conseil de la Vie Sociale est mis en place, il aborde de nombreux sujets et il se réunit régulièrement.

- Gestion de la qualité

L'établissement a intégré une démarche qualité dans ses pratiques et a formalisé une politique de bientraitance. Un comité consultatif a été créé au sein de l'association Isatis.

L'établissement a procédé à une évaluation interne et une évaluation externe.

- Communication

L'établissement a mis en place des stratégies de communication sur le changement de gestionnaire auprès des personnels, des résidents et des familles, des prestataires et partenaires.

FONCTIONS SUPPORT

- Gestion des ressources humaines

Les remplacements sont effectués par des vacataires récurrents.

La procédure d'accueil des nouveaux salariés transmise est complète, intégrative et les outils sont bien pensés.

Le planning des professionnels est respecté et le recours aux CDD est privilégié pour les remplacements anticipés.

PRISE EN CHARGE

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

La procédure d'admission est claire et détaillée.

Presque tous les résidents sont suivis par un médecin traitant.

- 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.

- Soins

La délégation d'administration des médicaments est organisée.

L'établissement dispose d'une offre de professionnels médicaux et para médicaux importante.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

L'établissement est concerné par 6 écarts et 12 remarques.

Écarts :

- Les comptes rendus de CVS ne font pas état de la présentation d'un bilan relatif aux événements indésirables.
- Tous les événements graves doivent être signalés aux autorités de contrôle.
- L'instabilité de l'équipe soignante impacte la qualité de la continuité des soins ainsi que la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.
- Des AS/AMP remplacent des IDE.
- L'évaluation et le suivi de la douleur des résidents n'est pas suffisamment réalisé.
- La pesée des résidents manque de suivi régulier.

Remarques principales :

- Le sujet de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance est insuffisamment développé dans le projet d'établissement ainsi que la démarche d'évaluation de la qualité.
- Le COPIL Qualité pour assurer le suivi du PACQ n'est pas en place.
- Les procédures des EIG sont incomplètes et leur analyse est insuffisante.
- Les sujets de la bientraitance et des EIG ne sont pas inscrits au plan de formation.
- Le manque de fiabilité sur les ETP.

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 La Pirandelle (FINESS 750828758) situé au 6 rue Pirandello - 75013 PARIS», 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 un contrôle sur pièces visant cet établissement. Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents.

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle sur pièces a été réalisé le 3 mars 2023, avec annonce préalable à l'établissement.

Après avoir confirmé les coordonnées de la direction par appel téléphonique le 3 mars 2023, un e-mail a été transmis à la direction ce même jour, auquel étaient joints :

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

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

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

Présentation de l'établissement

L'arrêté du 25 août 1989 autorise la Société civile MAPA XIII à créer une Maison d'accueil pour personnes âgées. L'établissement situé au 6 rue de Pirandello dans le 13ème arrondissement de Paris a ouvert le 6 janvier 1992. Il dispose de 85 places en hébergement permanent et est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour la totalité de sa capacité.

La gestion de l'établissement est confiée à l'association ISATIS dans le cadre d'une convention de gestion en date du 3 mai 1991 entre la SCI et ISATIS.

Les 83 résidents accueillis au 3 mars 2023 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD 2023					
IDF ² 2021	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Le budget de fonctionnement est de 4 674 537 € en 2022, dont 2 595 735,28 € au titre de l'hébergement, 571 230 € au titre de la dépendance et 1 507 571,71 € au titre du soin.

La dernière convention tripartite a été signée le 1er septembre 2013. Un CPOM est en cours de négociation avec l'association ISATIS pour les 5 établissements médico sociaux dont elle est gestionnaire.

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 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	La Pirandelle		
Nom de l'organisme gestionnaire	ISATIS		
Numéro FINESS géographique	750828758		
Numéro FINESS juridique	940017304		
Statut juridique	Privé non lucratif		
Option tarifaire			
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ³	85	85
	HT ⁴	0	
	UVP ⁵	0	
	PASA ⁶	0	
	UHR ⁷	0	
	UPHV ⁸	0	
	AJ ⁹	0	
	AN ¹⁰	0	
	PFR ¹¹	0	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	85		

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

³ Hébergement permanent

⁴ Hébergement temporaire

⁵ Unité de vie protégé / unité protégé

⁶ Pôle d'activité et de soins adaptés

⁷ Unité d'hébergement renforcée

⁸ Unité pour personnes âgées vieillissantes

⁹ Accueil de jour

¹⁰ Accueil de nuit

¹¹ Plateformes d'accompagnement et de répit

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La conformité aux conditions de l'autorisation	
	Le nombre de résidents accueillis est de 83 le 06/03/2023.	
1.1.1.2	Le nombre de places en hébergement permanent est de 85. Il n'y a pas d'hébergement temporaire. Le taux d'occupation est de 98% au 06/03/2023 L'établissement ne dispose pas d'un PASA.	
	Le classement par GIR	
1.1.3.1	Proportion GIR 1 à 3 Proportion GIR 1 à 2 Ces proportions sont conformes à la réglementation.	

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement L'établissement a transmis à la mission un règlement de fonctionnement en date du 20 février 2015.	
1.2.1.2	Son contenu aborde l'ensemble des dispositions obligatoires prévues dans le CASF, il est donc conforme à la réglementation en vigueur.	

N°(GAS)	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.2.1.4	Le projet d'établissement L'établissement a fourni à la mission un projet d'établissement formalisé. Le document initial rédigé pour la période 2011-2015, a été prorogé pour 2013 – 2018 et des éléments de mise à jour ont été apportés en octobre 2021 réalisés à l'appui notamment de la démarche qualité, et de la dernière enquête de satisfaction.	
1.2.1.5	Le projet d'établissement est conforme à la réglementation. Cependant le sujet de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance mériterait d'être plus développé dans le projet d'établissement. La démarche d'évaluation de la qualité incluant des indicateurs qualitatifs et quantitatifs est à rédiger.	Remarque 1 : Le sujet de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance est insuffisamment développé dans le projet d'établissement ainsi que la démarche d'évaluation de la qualité incluant des indicateurs qualitatifs et quantitatifs.
1.2.1.6	Le plan bleu Le plan bleu de l'établissement est particulièrement complet. Il pourra être encore amélioré en ajoutant une procédure de rappel du personnel conformément à l'annexe 7 de l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).	Remarque 2 : La procédure de rappel du personnel dans le plan bleu mériterait d'être ajoutée.
1.2.2.1	La direction de l'établissement Une directrice est en poste à temps plein au sein de l'établissement Celle-ci apparaît bien dans l'organigramme fourni à la mission, ainsi que le les liens hiérarchiques et fonctionnels et les ETP.	
1.2.2.6	La directrice dispose d'un contrat de travail et la délégation de pouvoirs de l'association ISATIS décrit les missions de la directrice. Mais aucune fiche de poste ni lettre de mission au sens strict n'ont été transmises dans le cadre de ce contrôle sur pièce. Compte tenu de l'ancienneté de l'actuelle directrice dans ce poste la mission propose de ne pas considérer cette absence de documents comme un écart.	
1.2.2.7	Les diplômes de la directrice sont conformes à la réglementation. [REDACTED]	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Les astreintes	
1.2.2.8	Il existe des astreintes administratives et des astreintes techniques. Un cahier des astreintes très complet ainsi qu'un planning de celles-ci, ont été fournis à la mission.	
1.2.2.10	Les délégations de pouvoirs à la directrice de l'établissement sont formalisées par écrit et ont été transmises à la mission.	
	L'infirmière coordonnatrice (IDEC)	
1.2.2.12	L'EHPAD dispose d'une IDEC à temps plein. Elle possède un contrat de travail (CDI) et une fiche de poste ont été remis à la mission. 	
	Le médecin coordonnateur	
1.2.2.14	L'EHPAD a embauché un médecin gériatre pour un contrat à durée déterminée du 1 ^{er} au 28 février 2023 dans l'attente de l'embauche d'un MEDCO. Le temps de présence de celui-ci est de 0.25 ETP d'après son contrat de travail fourni à la mission. Le compte rendu du CVS du 10 février 2023 mentionne que « le médecin coordonnateur [précédent] <i>présent pendant 18 ans à la Pirandelle jusqu'en février 2022 accorde 3 à 4 demi-journées par mois en vacations. La recherche d'un médecin coordonnateur est en cours, sans succès jusqu'à présent.</i> » Celui-ci devrait être de 0.6 ETP	Remarque 3 : Si la mission note les efforts entrepris par l'établissement pour recruter un nouveau médecin coordonnateur et palier au départ de celui-ci grâce à l'embauche temporaire d'un médecin gériatre, elle l'encourage à poursuivre ces démarches de recrutement.
1.2.2.15	Le médecin gériatre est inscrit à l'ordre des médecins, et son diplôme a été fourni à la mission.	

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.3.3.1	Le conseil de vie sociale Un CVS a été mis en place. Sa composition est conforme à la réglementation. Le règlement de fonctionnement a été signé par la présidente du CVS. Les documents fournis ne permettent pas de connaître la date de la dernière élection cependant, le règlement de fonctionnement indique bien que la durée d'un mandat est de 3 ans et que « le président et le vice-président fixent l'ordre du jour ». D'après les compte-rendu fournis le CVS s'est réuni 2 fois en 2021, 3 fois en 2022 et 1 fois en février 2023. Cette séance a été l'objet d'élection du bureau + règlement intérieur du CVS + bilan du mandat CVS. Bonne pratique : La mission constate que de nombreux sujets sont abordés lors des CVS, la direction apporte de réelles réponses aux questions posées par les représentants de familles.	
1.3.3.2	D'après les compte rendus fournis, les EI ne sont pas abordés au CVS	Ecart 1 : En ne présentant pas de bilan des événements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF

Gestion de la qualité

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.4.1.7	La démarche qualité L'établissement a mis en place un PACQ et a transmis le tableau de suivi du plan d'action qualité sur la période de 2020 à 2023. Le projet d'établissement mentionne que « L'établissement est dans l'attente du nouveau référentiel en cours de validation par l'HAS. Le nouvel outil sera la base de l'actualisation de la démarche continue menée par l'établissement. <i>Orientations de l'établissement en termes de qualité</i> S'approprier le nouveau référentiel à sa parution et redynamiser les groupes qualité. ». De ce fait, la mission ne dispose d'aucun élément montrant que l'établissement a assuré le suivi des actions qualités prévues dans son PACQ en 2022.	Remarque 4 : Le COPIL Qualité pour assurer le suivi du PACQ n'est pas en place.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.4.2.1	Les évaluations interne et externe La dernière évaluation externe a lieu en 2015, l'évaluation interne en 2018. Une enquête de satisfaction a également eu lieu en 2018 et en 2021.	
1.4.3.1	La promotion de la bientraitance ISATIS a mis en place un comité de réflexion éthique (livret d'accueil) : « Le Comité est un lieu de réflexion, et de questionnement pour les professionnels présentant une situation mal vécue ou qui leur pose problème, invités à réfléchir avec leurs pairs et des représentants de familles, membres du Comité. », une résidente fait partie de ce comité. Le livret d'accueil mentionne la possibilité de faire appel aux personnes qualifiées désignées par le Préfet pour faire valoir leur droit ainsi que le guide du ministère chargé de la santé « Usagers, votre santé, vos droits. » Le livret d'accueil des nouveaux professionnels comprend 2 pages sur les objectifs en matière de bientraitance et la Charte des Droits et libertés de la personne accueillie. Le Projet d'établissement mentionne que « Au-delà de l'obligation réglementaire, le projet de soins répond à l'objectif d'assurer à tout usager de l'établissement, quel qu'il soit, des soins sûrs, efficaces, personnalisés, prenant en compte toutes les dimensions de la personne soignée, lui permettant de conserver ou de retrouver l'autonomie, et d'être accompagnée jusqu'aux derniers moments. Les bases s'appuient sur une conception à part entière de l'être humain : la personne âgée vieillissante n'est pas un objet de soins mais un sujet dont les choix et la volonté doivent être respectés. » et « Chaque intervenant s'attachera à ce que le droit à l'information et le recueil du consentement éclairé inscrit dans la loi du 4 mars 2002 soit respecté. Le dossier médical devra comprendre un document dans lequel le résident, s'il est en état de l'exprimer, et s'il le souhaite fera état de ses choix : référent familial, personne de confiance, attitude face à la fin de vie au début de son séjour. »	
1.4.3.2 1.4.3.3	Il n'y a pas de procédures spécifiques abordant les situations de violences, de harcèlements sexuels ou de situations d'agression. Cependant la procédure de signalement des EIG mentionne l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales où la déclaration de ces situations est abordée. La procédure de signalement des EIG ne mentionne pas le signalement des faits à l'autorité judiciaire.	Remarque 5 : Le signalement à l'autorité judiciaire des situations de violences, de harcèlements sexuels ou d'agression n'est pas mentionné dans la procédure de signalement des EIG.

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°(GAS)	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La gestion des risques	
1.5.1.1	Le règlement de fonctionnement remis aux résidents indique que : « L'établissement favorise l'expression des résidents et des familles. Des commissions sur des thèmes concernant la vie quotidienne à l'EHPAD sont mises en place, il est procédé régulièrement à des enquêtes de satisfaction. Le recueil des suggestions et doléances est organisé selon un moyen approprié. » L'établissement a mis en place à l'accueil un registre nommé « main courante » destiné aux familles. Les résidents et les proches ont la possibilité de faire des réclamations, les documents fournis pour le présent contrôle sur pièce mentionnent la réponse faite aux trois dernières réclamations. Le PACQ de l'établissement mentionne une action en cours sur le « Traitement des réclamations et des plaintes, recueil des dysfonctionnements : rappel des procédures. »	
1.5.1.3	La procédure de déclaration des événements indésirables Il existe une procédure de déclaration de déclaration des événements indésirables. Les formations réalisées par les professionnels en 2021, 2022 et prévues en 2023 ne portent pas sur le thème des Événements indésirables.	
1.5.1.5	Les documents transmis à la mission ne font pas état de modalités d'analyse et de RETEX des EI.	Remarque 6 : L'établissement n'a pas mis en place un suivi et un bilan des EI et EIG dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité.
1.5.1.6	Un EIG (identovigilance) a été transmis dans le cadre du présent contrôle sur pièces. Celui a bien fait l'objet d'un retour d'expérience. Cet EIG avait bien été transmis à l'ARS. Cependant, la liste des EI/ EIG 2022, 2023 mentionne des événements qui n'ont pas été adressés aux autorités de tutelle.	Ecart 2 : En ne déclarant pas aux autorités administratives compétentes la totalité des dysfonctionnements graves, l'établissement contrevient à L. 331-8-1 du CASF.

Communication

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Communication auprès des salariés sur le changement de gestionnaire Selon les réponses de la Direction transmises par le biais d'un questionnaire relatif à la communication sur le changement de gestionnaire, depuis l'annonce en 2019, les salariés ont été régulièrement informés au cours des réunions ou en réponse individuelle au cas par cas. La dernière information date de février 2023. Lors du CVS du 15 juin 2022, une représentante du personnel souligne les points forts de l'établissement et les membres du CVS proposent la rédaction d'un cahier des charges du patrimoine La Pirandelle sur la base du recueil des attentes et constats des résidents, proches et professionnels par le biais d'un questionnaire / enquête à construire. Les deux premières réunions institutionnelles avec l'ensemble de l'équipe du mois de janvier ont abordé le sujet de la préparation de la transition en rappelant que l'établissement change de gestionnaire au 1er janvier 2024.	
	Communication auprès des familles sur le changement de gestionnaire La Directrice Générale de l'association Isatis présente lors du CVS du 15 juin 2022 retrace l'historique de la communication sur le terme du bail : Ce sujet a été abordé les 13/09/2018 ; 29/11/2018 ; 9/12/2020. Le 16 septembre 2022 un rapport de synthèse établi par les membres du CVS précise qu'un questionnaire a été réalisé pour préparer la transition et inviter les résidents, les familles, les personnels et les intervenants extérieurs à indiquer les aspects positifs du fonctionnement de l'établissement et l'attachement à leur maintien, afin de les porter à la connaissance du nouveau gestionnaire. Il a été diffusé à partir du 4 juillet 2022. 28 résidents et 34 familles ont répondu. Un formulaire aux questions plus ouvertes a été retourné par 8 professionnels. Une synthèse des résultats ainsi qu'un recueil de témoignages de familles, de membres du personnel, d'intervenants extérieurs, de bénévoles, est présenté dans le rapport. La Direction précise que la première réunion CVS de cette année (février 2023) a porté entre autres sur ce sujet et la communication a été sereine Les familles des nouveaux entrants sont informées systématiquement depuis 2022 – La matinée mensuelle « portes ouvertes » destinées aux personnes en recherche d'une structure aborde également ce changement.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Communication auprès des partenaires et prestataires sur le changement de gestionnaire La Direction a informé les prestataires du changement de gestionnaire au cours de l'année 2022 lors d'échanges. La communication par écrit va s'organiser à partir du début du deuxième semestre 2023. La Direction précise que les bénévoles sont informés et prêts à maintenir leur engagement qui tient plus à l'établissement et aux résidents qu'au gestionnaire au sens strict.	

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.1	La composition de l'équipe pluridisciplinaire Il existe des discordances entre les informations de l'organigramme et celles du tableau des effectifs notamment sur la répartition entre les effectifs des agents de soins et des AS/AMP. Il est important de souligner l'absence des animateurs sur l'organigramme alors que le tableau des effectifs présente 1 ETP réparti en 0,6 ETP + 0,4 ETP ces 2 postes sont occupés par 2 agent s en CDI.	Ecart 3 : L'instabilité de l'équipe soignante impacte la qualité de la continuité des soins ainsi que la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents ce qui contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 1° et 3° du CASF. Remarque 7 : Les données fournies sur les ETP ne sont pas cohérentes (en particulier concernant les AS/AMP /Agents de soins et les vacations de médecin) et ne permettent pas d'extraire des données fiables.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
2.1.1.3	Le taux de rotation du personnel Le registre des entrées et sorties du personnel laisse apparaître des recrutements en CDI à hauteur de : - 3 postes en 2022 - 1 poste en 2021 - 3 postes en 2020 - 2 postes en 2019 - 1 poste en 2018 Sur le planning de mars 2023 des équipes soignantes, la mission note 4 arrêts (maladie ou longue durée) qui peuvent impacter l'organisation de travail des équipes.	
2.1.1.6	Le recrutement par intérim La mission relève que les CDD sont des vacataires récurrents et que la direction n'a transmis aucune liste d'intérimaires.	
2.1.2.1	Le plan de développement des compétences Le plan de formation fourni à la mission présente les formations réalisées en 2021 et 2022 et les formations provisionnelles pour 2023. Il ne précise pas les formations réalisées en interne. On observe que chaque année : - un agent de soins suit la formation diplômante de DEAS - 12 agents suivent une formation incendie ainsi que les 4 agents de nuit	Remarque 8 : Le plan de formation ne permet pas de garantir une bonne sensibilisation des professionnels aux thématiques : - de la bientraitance, - de la déclaration des EI et EIG.

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Des formations sur l'utilisation de la prévention des chutes, les troubles de la déglutition, l'hygiène buccodentaire sont organisées. La place du médecin coordonnateur et les formations sur la prévention de la maltraitance n'apparaissent pas dans ce plan de formation.	
2.1.2.5	L'accueil des nouveaux professionnels L'édition de juin 2022 du livret d'accueil du nouveau salarié a été transmise à la mission. Très complet, il est commenté de conseils pratiques et doté de nombreuses annexes pour affirmer notamment les droits des usagers dans une attitude bien-traitante. Parmi les principales réunions pour s'informer et travailler ensemble, des groupes de paroles animés par le psychologue sur les difficultés rencontrées sont organisés mensuellement. Ce livret d'accueil est complété d'une fiche parcours d'intégration identifiant le binôme d'intégration. La planification des professionnels Les soignants référents d'étage et deux soignants volants (équipe contre-équipe) sont présents de 8 h à 19 h 30 ou 8h 30 à 20h. Les soignants volants sont présents soit de 8 h à 14 h 30, soit de 14 h à 20 h et en journée continue le week-end. Le planning des personnels de nuit : 2 AS sont présents, l'un de 19h45 à 7h45 et le second de 20h15 à 8h15. Le planning des soignants de nuit du mois de février comporte 4 CDD, celui du mois de mars 3 CDD et 1 CDI et celui d'avril 2 CDD et 2 CDI. La Direction informe la mission que la contre équipe est en reconstitution. Sur les 6 IDE composant le planning du mois de mars 2023, seule 1 est en CDI. Une AS et une AMP remplacent chacune sur une journée un IDE. Le planning précise qu'elles possèdent une délégation d'IDE mais la mission n'a pas eu connaissance du périmètre de cette délégation ni de la formation de ces professionnelles. Le livret d'accueil des salariés précise qu'un infirmier du SSIAD de Vv Care assure un passage systématique chaque nuit et répond aux appels des soignants en cas de problème aigu. Le jour du contrôle : - 8 soignants étaient présents (3 agents de soins en CDI + 2 aides-soignants CDI + 3 Aides-soignants en CDD) - 1 IDE en CDI et 1 AS CDI ayant délégation IDE et faisant fonction Cette organisation est conforme aux plannings établis consultés.	
2.1.4.5		Remarque 9 : Des AS/AMP remplacent des IDE : la fiche de délégation et la formation de ces professionnelles ne sont pas connus de la mission d'inspection.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.4.2	Les fiches de tâches heureées de l'équipe soignante La mission a reçu les fiches de tâches heureées : - des IDE jour, elles couvrent l'amplitude horaire de 8h à 19h45 et décrivent par tranches horaires les tâches à mener pour les 2 IDE se partageant les étages. - des AS/AMP/Agents de soin jour ou demi-journée. La même fiche de tâches heureées s'applique aux AS/AMP/Agents de soins. Elle couvre l'amplitude horaire de 8h à 19h50 ou 8h à 14h30 pour la 1/2 journée. Elle précise les actions à accomplir selon les tranches horaires. La mission ne connaît pas la qualification des agents de soins. La fiche de tâches heureées des AS de nuit n'a pas été fournie à la mission. Il n'est pas fait mention sur les fiches de tâches heureées, de la personne à solliciter en cas de difficulté.	
2.1.4.4	Les glissements de tâches La fiche de tâche commune aux AS/ AMP/ Agents de soins démontre que ces professionnels exercent les mêmes missions quelle que soit leur qualification et peut laisser supposer des glissements de tâches.	Ecart 4 : Les conditions de collaboration sont réglementées et limitées aux professionnels cités dans le code de la santé publique : aides-soignants et aides médico psychologique etc. De ce fait, le personnel non diplômé n'est pas habilité à assurer en collaboration avec les infirmières les actes et soins infirmiers délégués aux AS et AMP diplômés et impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge (article R4311-4 code santé publique).
2.1.4.7	Le remplacement des absences imprévues Une procédure en cas d'absence d'un salarié prévoit l'organisation du remplacement. Pour les équipes soignantes (jour ou nuit) la procédure prévoit une prise de poste de l'absent par le volant, ensuite il est fait appel aux salariés en CDI de repos ce jour-là pour solliciter le remplacement du salarié absent. Sans réponse positive d'un salarié en CDI il doit être fait appel aux CDD.	
2.1.4.10	La qualification des professionnels de soins de nuit et de week-end Les documents fournis présentent les qualifications d'une équipe soignante intervenant sur le 4ème étage de l'établissement le week-end : 1 aide médico psychologique (certificat d'aptitude) 2 aides-soignants (diplôme d'état) 1 infirmière présente sur 3 étages (diplôme d'état) Concernant l'équipe de nuit la direction de l'établissement a fourni à la mission d'inspection 4 diplômes d'aide soignants dont un est un poste CDI, les 3 autres sont des postes en CDD. Il existe pourtant un second poste d'AS de nuit occupé par un CDI, mais seule une attestation de réussite au diplôme d'état d'AS valable jusqu'au 17 mars 2022 a été transmise à la mission.	Remarque 10 : Les attestations de réussite aux diplômes d'Etat d'AS sont temporaires et ne remplacent pas le diplôme.

Prise en charge

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

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.1.1.1	La procédure d'admission Le règlement de fonctionnement stipule que le dossier de demande d'admission est à remplir par la personne selon le modèle arrêté par le Ministère chargé des affaires sociales et de la santé. La Direction confirme dans le questionnaire du contrôle l'utilisation du dossier CERFA. La procédure d'admission transmise à la mission précise que le candidat et/ou son proche peuvent procéder au dépôt d'un dossier de demande d'admission selon trois biais : • Après du service ... , la plateforme AGGIR-ARRCO dédiée qui en assurera la diffusion dans un ou plusieurs EHPAD (dont la Pirandelle si le candidat en a fait le choix) et le suivi • Directement à la Pirandelle à l'accueil de l'établissement, par voie postale ou par voie électronique • Sur la plateforme Via Trajectoires La décision d'admission est prononcée par le directeur, après avis du médecin coordonnateur sur la capacité de l'EHPAD à prendre en charge la personne d'après le règlement de fonctionnement et à la leur des priorités déterminées par le comité médicoteknique d'après la procédure d'admission.	
3.2.1.2	Une des missions du medCo décrite dans son contrat de travail est de donner un avis médical sur les admissions. Les documents remis ne permettent pas de vérifier si des évaluations sont réalisées au moment de l'admission.	
3.1.3.3	Le référent du projet de vie individualisé Les documents fournis (questionnaire, procédure d'admission, procédure d'articulation des réunions pour préparer et rédiger les PAI) permettent de constater que le personnel soignant référent suit environ 12 résidents. Depuis l'arrivée de la psychologue en juin 2022, l'élaboration des PAI s'est réorganisée. En fin de 1er mois, la psychologue effectue un bilan d'intégration qui fait l'objet d'un compte-rendu écrit mais également d'un retour en équipe d'encadrement. Des orientations peuvent être suggérées. Ensuite, des temps attribués aux dispositifs d'intégration du nouveau résident se déroulent sur chacune des équipes soignantes. Ces instances visent l'harmonisation de la prise en charge, mettent à jour le plan de soins et entraînent la rédaction du projet d'accompagnement individualisé. Ces réunions sont planifiées à l'année. Le projet est présenté au résident ou à l'un de ses proches pour valider ou modifier.	

N°ICAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le PAI est modifié dans [] en étape signature, le document papier est remis au résident ou à un de ses proches pour signature. Selon le tableau des résidents présents le jour du contrôle, 2023, 9 résidents ont bénéficié d'un PAI en 2023 et 19 résidents en 2022.	
3.1.4.4	La commission gériatrique Le compte rendu de la commission de coordination gériatrique datant du 16 février 2022 a été transmis. Il s'agit de la reprise d'une réunion plénière, les événements et/ou la situation sanitaire n'ayant pas permis les regroupements depuis 2 ans.	
3.1.4.5	Les médecins traitants 15 médecins traitants et un gériatre interviennent dans l'établissement et suivent 81 résidents. Sur les 83 présents, 9 médecins traitants ne suivent qu'un seul résident, 3 suivent de 10 à 15 résidents. Le gériatre quant à lui suit 27 résidents. 4 d'entre eux utilisent régulièrement le logiciel pour leurs prescriptions. D'autres professionnels médicaux (dentiste, cardiologue, psychiatre salariée intervenant 2 ½ journées par mois), ne prescrivent pas ou peu sur le logiciel.	
2.5.4.3	Les systèmes d'appel Les comptes rendus des CVS (janvier et octobre 2021) font état de dysfonctionnement et d'insatisfaction sur le système de collier appels malades. La direction reconnaît qu'il s'agit d'un point de fragilité de la Pirandelle. Le remplacement du système ancien est inscrit au budget prévisionnel 2022 de la structure, le département de Paris a rejeté cette dépense d'investissement depuis 2020. La direction a transmis à la mission une procédure à mettre en place à compter du 16 juin 2022 jusqu'à retour à la normale des systèmes d'appels malades. Ils ne permettent plus de bénéficier de traçabilité en raison des pièces détachées traceurs pour le personnel soignant en rupture de stock, le fournisseur n'est par ailleurs plus en capacité de réparer. Le maintien des traceurs disponibles est privilégié pour les soignants de nuit. Pour les appels de jour, la centrale de report à l'accueil et l'affichage lumineux sont en état de marche. Les agents d'accueil ont pour obligation de vérifier qu'aucun appel ne reste sans réponse et de relayer aux soignants tout appel non acquitté dans les 30 minutes. En signant conjointement avec la Direction cette instruction, les agents d'accueil s'engagent à l'appliquer.	Remarque 11 : L'absence de système d'enregistrement centralisé des appels malade ne permet pas de garantir la sécurité des résidents et l'amélioration des pratiques.

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.2.2.2 3.2.2.5	Le livret d'accueil du résident Le livret d'accueil transmis est une édition de février 2023. Les informations sont claires, détaillées, et complètes. Le contrat de séjour est lui aussi très complet et bien organisé. Il pose en préambule la recherche de l'équilibre entre le respect des droits des personnes (leur libre choix, habitudes de vie, intimité, maintien des liens...) et les règles de sécurité qui s'imposent à l'établissement. C'est un contrat personnalisé qui précise le numéro de la chambre, l'étage et informe entre autre sur les aides et recours possibles du résident de manière claire (personne qualifiée, désignation personne référente, personne de confiance, directives anticipées, médiateurs). Y est annexé le Projet d'Accueil Personnalisé. La liste des résidents au jour du contrôle fait état de 21 résidents sous mesure de protection et de 18 personnes bénéficiaires de l'aide sociale.	
3.2.3.1	La procédure relative aux contentions Il existe une procédure relative aux contentions rédigée par le siège en 2015 et signée par la directrice, le Medec et l'IDEC. Elle précise que : Les contentions sont réalisées sur prescription médicale éclairée par l'avis des différents membres de l'équipe médicale. Le document fourni au titre du RAMA ne fait pas état de données chiffrées concernant les contentions mais la liste des contentions a été fournie.	

Soins

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.8.2.9	La convention avec une officine L'établissement a établi une convention avec une officine datée du 25/02/2013. D'après cette convention : - L'établissement télétransmet les ordonnances à l'officine au pharmacien dispensateur sous couvert du pharmacien référent. Les originaux des ordonnances sont transmis à la livraison pour apposer les mentions réglementaires. Ces transmissions se font en respectant la confidentialité des données. - L'officine s'engage à sécuriser les échanges en son sein en exportant les données de l'ordonnance de son logiciel de gestion officinal vers le Cet export doit être validé par l'original de l'ordonnance.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- La liste des médicaments à utiliser préférentiellement est par le médecin coordonnateur et les médecins traitants ainsi que le pharmacien référent. Ces listes sont révisées au moins une fois par an d'après le rapport du pharmacien dispensateur. - Le pharmacien dispensateur s'engage à communiquer régulièrement au pharmacien référent, au médecin coordonnateur et médecin traitant son bilan d'activité de dispensation et le bilan individualisé de traitement du patient. - Chaque année la convention est éventuellement revue à la suite d'une réunion du comité pharmaceutique.	
3.8.2.22	La délégation d'administration des médicaments La délégation d'administration des médicaments est organisée au travers : - D'une procédure de la prise en charge médicamenteuse de 2018, - D'une procédure de distribution la nuit de 2022, - D'une fiche décrivant les actes de collaboration infirmières – aides-soignants de 2019, - Et d'une liste des personnes concernées par la délégation de l'administration des médicaments non datée.	
3.8.2.24	Le protocole de dépistage et de lutte contre la douleur L'établissement a transmis un protocole de dépistage et de lutte contre la douleur (dernières modifications : avril 2016). D'après le tableau transmis par l'établissement concernant les évaluations de la douleur, seuls 8 résidents ont bénéficié-e-s d'une évaluation de la douleur en 2022. Celle-ci devrait être réalisée au moins une fois par an pour chaque résident.	Ecart 5 : L'évaluation et le suivi de la douleur des résidents n'est pas suffisamment réalisé, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP.
3.8.2.25	Le protocole relatif aux soins palliatifs Le projet d'établissement indique que « L'établissement a signé une convention avec le réseau de soins palliatifs à domicile. » Il indique également : « L'accompagnement de fin de vie fait l'objet d'une prise en charge spécifique assurée par l'ensemble de l'équipe en lien et avec la famille. Les soins de confort, sont mis en place dans un contexte paisible intégrant les souhaits ou habitudes du résident. Le recours au réseau de soins palliatifs n'est pas systématique. Il suppose le consentement du résident dès lors qu'il peut être recueilli, celui de la famille et s'exerce dans la continuité de la prise en soin avec l'équipe soignante de l'établissement. » L'établissement n'a pas transmis à la mission de protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie et les informations du RAMA 2020 n'abordent pas ce sujet.	Remarque 12 : Il manque une procédure d'accompagnement de la fin de vie au sein de l'EHPAD et le RAMA n'aborde pas le sujet des soins palliatifs.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les pesées	
	Les données fournies par l'établissement ne permettent pas de savoir s'il est organisé un suivi mensuel des pesées.	Ecart 6 : La mission rappelle à l'établissement que la pesée mensuelle et le calcul de l'IMC pour chaque résident est un élément indispensable à la prévention de la dénutrition conformément aux recommandations des bonnes pratiques HAS-10/11/2021 : Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus
3.4.3.9	11 résidents sur 84 ont eu une perte de poids supérieur à 10 % entre 2022 et 2023.	
	22 résidents sur 84 ont un IMC inférieur ou égal à 18.	
	Pour 6 résidents aucune donnée de pesée n'a été fournie à la mission.	

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les interventions de personnels médicaux et paramédicaux libéraux	
4.2.1.2		

Récapitulatif des écarts et des remarques

Ecart	
E 1	En ne présentant pas de bilan des événements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF.
E 2	En ne déclarant pas aux autorités administratives compétentes la totalité des dysfonctionnements graves, l'établissement contrevient à L. 331-8-1 du CASF.
E 3	L'instabilité de l'équipe impacte la qualité de la continuité des soins ainsi que la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents ce qui contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 1° et 3° du CASF.
E 4	Les conditions de collaboration sont réglementées et limitées aux professionnels cités dans le code de la santé publique : aides-soignants et aides médico psychologique etc. De ce fait, le personnel non diplômé n'est pas habilité à assurer en collaboration avec les infirmières les actes et soins infirmiers délégués aux AS et AMP diplômés et impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge (article R4311-4 code santé publique).
E 5	L'évaluation et le suivi de la douleur des résidents n'est pas suffisamment réalisé, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP.
E 6	La mission rappelle à l'établissement que la pesée mensuelle et le calcul de l'IMC pour chaque résident est un élément indispensable à la prévention de la dénutrition conformément aux bonnes pratiques de l'HAS-10/1/2021 : Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus

Remarques	
R 1	Le sujet de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance est insuffisamment développé dans le projet d'établissement ainsi que la démarche d'évaluation de la qualité incluant des indicateurs qualitatifs et quantitatifs.
R 2	La procédure de rappel du personnel dans le plan bleu mériterait d'être ajoutée.
R 3	Si la mission note les efforts entrepris par l'établissement pour recruter un nouveau médecin coordonnateur et palier au départ de celui-ci grâce à l'embauche temporaire d'un médecin gériatre, elle l'encourage à poursuivre ces démarches de recrutement.
R 4	Le COPIL Qualité pour assurer le suivi du PACQ n'est pas en place.
R 5	Les situations de violences, de harcèlements sexuels ou d'agression ne sont pas abordées dans les procédures des EIG.
R 6	L'établissement n'a pas mis en place un suivi et un bilan des EIG dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité.
R 7	Les données fournies sur les ETP ne sont pas cohérentes (en particulier concernant les AS/AMP/Agents de soin et les vacations de médecin) et ne permettent pas d'extraire des données fiables.
R 8	Le plan de formation ne permet pas de garantir une bonne sensibilisation des professionnels aux thématiques de la bientraitance et la déclaration des EIG.
R 9	Des AS/AMP remplacent des IDE : la fiche de délégation et la formation de ces professionnelles ne sont pas connus de la mission d'inspection.
R 10	Les attestations de réussite aux diplômes d'Etat d'Aide-Soignant sont temporaires et ne remplacent pas le diplôme. Le suivi des dossiers des salariés pourrait être amélioré.
R 11	L'Absence de système d'enregistrement centralisé des appels malade ne permet pas de garantir la sécurité des résidents et l'amélioration des pratiques.
R 12	Il manque une procédure d'accompagnement de la fin de vie au sein de l'EHPAD et le RAMA n'aborde pas le sujet des soins palliatifs.

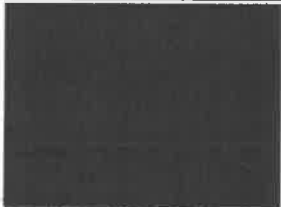
Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD «la Pirandelle», géré par l'association « ISATIS » a été réalisé le 3 mars 2023 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a fait plusieurs constats à partir des documents fournis par l'établissement. Ces constats ont été regroupés en 6 écarts à la réglementation et 12 remarques sur la base des recommandations de bonnes pratiques.

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

Saint Denis, le 31/05/2023

Dominique GRUJARD Chargée du contrôle des ESMS parisiens Ville de Paris	Christel ROUGY Ingénieur du génie sanitaire, ARS Ile-de-France
	

Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



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

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

Affaire suivie par : Dominique Grujard
Courriel : [redacted]
Téléphone : [redacted]

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

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

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

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

Saint-Denis, le 3 mars 2023

Mesdames,

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

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

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur-pièces de l'EHPAD Résidence La Pirandelle (INESS géographique 750828758) située au 6 rue Pirandello - 75013 PARIS, géré par l'association ISATIS, qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

5436 Quai de la Rapée
75012 Paris
Tel : [redacted]
[redacted]
paris.fr

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
[redacted]
[redacted]

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

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

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

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

- Madame Christel ROUGY, ingénieur du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris ;
- Docteur Anne SIMONSON, 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 ;

Le contrôle, sur pièces, sera réalisé à compter du **vendredi 3 mars 2023**. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. La mission pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

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

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

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

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



Tanguy BODIN

Servanne JOURDY

Annexe 2 : Liste des documents demandés

EHPAD LA PIRANDELLE Contrôle sur-pièces

	N°	Nature des documents demandés	Document transmis
Q1	1	Grilles de suivi des taux d'occupation et nombre de journées réalisées pour chaque activité (hébergement permanent, hébergement temporaire, PASA et UHR) pour l'année N-1 et le jour du contrôle	X
Q1	2	Liste nominative des résidents admis à la date du contrôle avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance, leur date d'entrée, la date du dernier PAI, le bénéfice éventuel de l'aide sociale, le type de la protection juridique éventuelle (Excel)	X
Q2	3	Règlement de fonctionnement	X
Q2	4	Plan des locaux de l'établissement	X
Q2	5	Projet d'établissement	X
Q2	6	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)	X
Q2	7	Organigramme comportant les noms et temps de travail des personnels (Excel si possible)	X
Q2	8	Diplôme du directeur de l'EHPAD	X
Q2	9	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD	X
Q2	10	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	Non transmis
Q2	11	Procédures et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)	X
Q2	12	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois + légende (Excel)	X
Q2	13	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	X
Q2	14	IDEC : Contrat de travail, Fiche de poste ou feuille de route, Diplôme d'IDE et de Cadre de santé, Inscription à l'ordre des infirmiers	X Diplômes X Fiche de poste
Q2	15	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, 3 derniers bulletins de salaires	X Diplômes X Contrat X Inscription à l'ordre des médecins X Bulletins de salaires
Q3	16	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS	X
Q3	17	Les comptes rendus des CVS N et N-1	X
Q4	18	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation	X
Q4	19	Dernière évaluation externe	X
Q4	20	Dernière évaluation interne	X
Q4	21	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2	X
Q5	22	Registre des plaintes et réclamations	X
Q5	23	Les trois dernières réclamations et leur traitement	X
Q5	24	Procédure de gestion des événements indésirables	X
Q5	25	Procédure de déclaration externe des dysfonctionnements graves	X
Q5	26	Liste des EI et EIG des années N-1 et N	X
Q5	27	Liste des signalements au Procureur de la République des années N-1 et N	Non transmis
Q5	28	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les trois derniers EIG	Non transmis

Q6	29	Registre du personnel N-1 & N-2 comportant les indications sur les ETP (Excel)	X
Q6	30	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir + ETP (Excel)	X
Q6	31	Bordereaux de mission des personnels intérimaires pour le mois précédent	Non transmis
Q6	32	Plan de développement des compétences (formation internes et externes) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1 (Excel si possible)	X
Q6	33	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)	X
Q6	34	Tableau du personnel des unités PASA ou UHR (Excel)	Non concerné
Q6	35	Les attestations de formation ou de qualification relatives à la prise en charge des maladies neuro-dégénératives du personnel dédié à ces unités	Non concerné
Q6	36	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit + Légende (Excel)	X
Q6	37	Une fiche de tâches heurées, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AES (ou AMP), ASG, IDE	X
Q6	38	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	X
Q6	39	Liste des professionnels à contacter en cas d'absence	X
Q6	40	Tous les diplômes du personnel de nuit	X
Q6	41	Tous les diplômes du personnel d'un étage de week-end.	X
Q7	42	Procédure d'admission des résidents	X
Q7	43	La procédure d'élaboration et de mise à jour du PAI/PP/PVI/PAP	X
Q7	44	Les 2 derniers CR et feuilles d'émargement de la commission de coordination gériatrique	X
Q7	45	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	X
Q7	46	Relevé des appels malade du mois M-1 (Excel si possible)	X
Q7	47	Planning des réunions organisées avec l'équipe de soins sur les 6 derniers mois	X
Q7	48	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	X
Q7	49	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)	X
Q8	50	Livret d'accueil du résident	X
Q8	51	Contrat de séjour type et ses annexes	X
Q8	52	Procédure relative aux contentions	X
Q8	54	RAMA	X
Q9	56	Convention pharmacie EHPAD	X
Q9	57	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	X
Q9	58	Liste des personnes concernées par la délégation de l'administration des médicaments sur le semestre en cours	X
Q9	59	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	X
Q9	60	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	Non transmis
Q9	61	Le planning hebdomadaire des intervenants paramédicaux libéraux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) : avec indication pour chaque professionnel des jours de présence, de son identité, sa qualification, le nombre de résidents pris en charge sur le trimestre t-1 + Légende (Excel)	X
Q10	62	Relevé des pesées mensuelles pour chaque résident, le relevé des IMC et le relevé des albuminémies, pour tous les résidents accueillis dans la structure en année N-1 (Excel)	X
Q10	63	Les évaluations gériatriques réalisées : nature et résultat des évaluations réalisées, tous résidents en année N-1 (Excel)	X
Q10	64	Nature et résultats des évaluations de la douleur réalisées pour tous les résidents en année N-1 (Excel)	X
Q10	65	Liste des résidents sous contention avec pour chacune d'elle le motif, la dernière date de mise en place et le nom du prescripteur (Excel)	X
Q11	66	Les comptes rendus de l'ensemble des CSE des 12 derniers mois	X
Q11	67	Les comptes rendus du CA d'ISATIS des 12 derniers mois	Non transmis
Q11	68	Le questionnaire joint renseigné	X

Q11	69	La copie des échanges (courriers, courriels...) avec le personnel concernant le changement de gestionnaire	Sans objet
Q11	70	La copie des échanges (courriers, courriels...) avec les familles concernant le changement de gestionnaire	Sans objet
Q11	71	La copie des échanges (courriers, courriels...) avec les résidents concernant le changement de gestionnaire	Sans objet



13 rue du Landy
93200 Saint-Denis 7
iledefrance.ars.sante.fr