

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

**« Résidence Catherine Labouré »
77 rue de Reuilly, 75012 Paris
N° FINESS 750800518**

RAPPORT DE CONTRÔLE

**N° 2023_IDF_00238
Contrôle sur pièces du 16/05/2023**

Mission conduite par

- Madame Sophie PASQUIER, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, chargée de mission Secteur Personnes Agées, Délégation départementale de Paris, ARS Ile-de-France,
- Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris,
- Sylvie DRUGEON, ingénieure du génie sanitaire responsable du Pôle Santé Environnement, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France,
- Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation départementale de Paris, ARS Ile-de-France,
- Conrad LAJUSTICIA, chargé de mission personnes âgées, Délégation départementale de Paris, ARS Ile-de-France, désigné personne qualifiée conformément à l'article 1421-1 du Code de la santé publique,
- Docteur Anne SIMONDON, conseillère médicale, Délégation départementale de Paris, ARS Ile-de-France, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique,
Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, Délégation départementale de Paris, ARS Ile-de-France, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique.

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 disjointer, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions ».*

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	6
Contexte de la mission de contrôle.....	6
Modalités de mise en œuvre.....	6
Présentation de l'établissement.....	7
Constats.....	9
Gouvernance	10
Conformité aux conditions de l'autorisation.....	10
Management et Stratégie.....	10
Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS).....	13
Gestion de la qualité.....	13
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	15
Fonctions support.....	16
Gestion des ressources humaines	16
Prises en charge.....	23
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	23
Respect des droits des personnes	24
Soins.....	25
Coordination avec les autres secteurs.....	27
Risques environnementaux.....	27
Conclusion	33
Glossaire.....	35
Annexes	36
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	36
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	38

Synthèse

Données générales sur l'établissement			
Nom	Résidence Catherine Labouré	Capacité hébergement permanent	106
Adresse	77 rue de Reuilly	Places habilités aide sociale	106
Arrondissement	75012	Présence d'une UVP	10
Gestionnaire	Association Monsieur Vincent	Places en UHR	0
Statut juridique	Privé à but non lucratif	Places en PASA	14
<u>Eléments déclencheurs de la mission</u>			
<p>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.</p> <p>Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan, dans un calendrier prenant en compte la date prévisionnelle de signature du CPOM, l'EHPAD étant classé dans une catégorie de risque limité ne justifiant pas d'emblée d'un contrôle sur place (inspection).</p>			
<u>Méthodologie suivie et difficultés rencontrées</u>			
<p>Le contrôle a été réalisé le 16 mai 2023 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé le 9 mai 2023. La délégation départementale de l'ARS et la Ville de Paris ont été informées du ciblage et ont été rendues destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision.</p> <p>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.</p> <p>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 :</p>			
<u>Points forts de l'établissement relevés par la mission</u>			
GOUVERNANCE			
1. Conformité aux conditions d'autorisation			
2. Management et Stratégie			
<ul style="list-style-type: none"> Le règlement de fonctionnement de l'établissement est conforme à la réglementation. 			
3. Animation et fonctionnement des instances			
<ul style="list-style-type: none"> Le Conseil de la Vie Sociale de l'établissement est installé et se réunit régulièrement. 			
4. Gestion de la qualité			
<ul style="list-style-type: none"> L'établissement a procédé à une évaluation interne et une évaluation externe. 			
FONCTIONS SUPPORT			
1. Gestion des ressources humaines			
<ul style="list-style-type: none"> Les plans de développement des compétences de l'établissement sont complets et proposent des formations sur la bientraitance et la prise en charge de la personne âgée. 			
PRISE EN CHARGE			
1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.			
<ul style="list-style-type: none"> Une évaluation gériatrique est systématiquement faite pour les nouveaux résidents. 			
2. Respect des droits des personnes			
<ul style="list-style-type: none"> Le livret d'accueil, le contrat de séjour et les documents remis au résident nouvellement admis permettent de le renseigner sur ses droits. 			

3. Soins

- L'établissement assure un dépistage et un suivi régulier de la douleur.
- L'établissement assure un suivi nutritionnel, ainsi que des pesées, régulier pour les résidents.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

L'établissement est concerné par 4 écarts majeurs, 10 écarts et 15 remarques dont les principaux sont :

Ecarts majeurs :

- Les fiches de tâches des AVS, rattachées aux personnels ASH dans l'organigramme de l'établissement, ont des actes programmés qui ne relèvent pas de leur fonction ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.
- La fiche de tâches des ASH de nuit comportent des missions (toilettes, changes, distribution de médicaments) qui ne relèvent pas de leur qualification et du protocole d'organisation de la prise en charge médicamenteuse, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° et 3° du CASF.
- L'établissement n'a pas fourni les analyses de légionelles de l'année N-1 (2022) ce qui contrevient à l'arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Cf. Annexe 2).
- Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur ce qui contrevient à l'arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Cf. Annexe 2).

Ecarts :

- Au vu des documents transmis, l'établissement ne dispose pas d'un projet de service spécifique au PASA, ce qui contrevient à l'article D312-155-0-1 du CASF.
- Les attestations de cadre et d'inscription à l'ordre infirmier de l'IDEC n'ont pas été transmis ce qui contrevient à l'article L4311-15 du CSP.
- Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas suffisant au regard de la capacité de l'établissement ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.
- La mission constate un manque de maîtrise de la classification entre EI et EIG ce qui contrevient aux articles L311-8-1 et R331-8 à 10 du CASF.
- Les personnes accueillies ne participent pas à l'élaboration de leur projet d'accueil et d'accompagnement ce qui contrevient à l'article L311-3 °7 du CASF.

Remarques :

- Le PACQ transmis, faute d'indicateurs, ne permet d'analyser ni le niveau de réalisation de chaque objectif, ni les mesures correctrices mises en places.
- L'établissement ne fait pas figurer le régime de protection des salariés déclarant des EIG dans le règlement de fonctionnement.
- La direction n'a pas transmis de tableau des effectifs.
- Les documents transmis ne permettent pas de connaître l'articulation entre les ASH indiqués comme AVS et l'équipe soignante.
- La procédure de contention ne fait pas ressortir que la prescription médicale est obligatoire pour une procédure de contention.
- La fréquence de collecte indiquée dans la convention DASRI est erronée.

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 Catherine Labouré », situé au 77 rue de Reuilly, 75012 Paris, FINESS n°750800518, 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 le 16 mai 2023, avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 9 mai 2023. Un e-mail a été transmis à la direction auquel étaient jointes :

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

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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 77 rue de Reuilly Paris 12 (75012), l'EHPAD « Catherine Labouré » est géré par l'association « Monsieur Vincent » (AMV) située dans le 12ème arrondissement de Paris. L'AMV a été créé en 1994 par la Compagnie des Filles de la Charité de Saint Vincent de Paul et l'Association de l'Hôpital Saint Michel-Saint-Vincent.

L'EHPAD dispose d'une capacité de 106 places, dont une unité protégée de 10 places dédiée à l'accueil de personnes âgées de 60 à 70 ans atteinte de la maladie d'Alzheimer ou apparentée.

La résidence est habilitée à l'aide sociale pour la totalité de ses places.

Les résidents accueillis le jour du contrôle (16/05/2023) et en 2022 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
Catherine Labouré 16/05/2023 (jour du contrôle)					
Catherine Labouré 2022 ¹					
IDF ² 2021	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Le budget de fonctionnement accordé en 2022 s'élève à : 2 344 115,10 € en 2022, dont 269 847,00 € au titre de la dépendance et 2 074 268,10 € au titre du soin.

Le tarif hébergement s'élève, quant à lui, à 94,60 € (113,30 € pour les résidents de moins de 60 ans).

Le CPOM concernant les établissements parisiens de l'AMV a été signé le 16 février 2018. Ses principaux objectifs sont :

Objectif 1 : Développer et maintenir une occupation optimale des places.
Objectif 2 : Garantir la qualité et l'adaptation des soins.
Objectif 3 : Assurer la sécurité des soins.
Objectif 4 : Améliorer la qualité des soins aux personnes âgées dans le domaine des maladies neurodégénératives, en partageant et en renforçant l'expertise et le savoir-faire des EHPAD et des services.
Objectif 5 : Développer une prise en charge non médicamenteuse pour accompagner les résidents présentant des troubles cognitifs associés à des troubles du comportement légers à modérés.
Objectif 6 : Améliorer l'accès à l'hygiène et la santé bucco-dentaire des résidents.
Objectif 7 : Assurer la bonne qualité nutritionnelle, gustative et conviviale de la restauration.
Objectif 8 : Assurer la formation continue des salariés et leur permettre de mettre à jour et/ou d'élargir leurs connaissances et compétences en lien avec les objectifs du projet d'établissement.
Objectif 9 : Développer les missions bénévoles au sein des 3 établissements parisiens afin de renforcer et diversifier les liens sociaux, lutter contre l'isolement et mieux répondre aux objectifs des projets d'accompagnement personnalisés.
Objectif 10 : Elaborer un projet intergénérationnel pour la résidence autonomie Rosalie Rendu.

Les négociations pour le renouvellement du CPOM sont prévues en 2024

¹ Source : RAMA 2022

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	Résidence Catherine Labouré		
Nom de l'organisme gestionnaire	Association Monsieur Vincent		
Numéro FINESS géographique	750800518		
Numéro FINESS juridique	750056368		
Statut juridique	Privé à but non lucratif		
Option tarifaire	Tarif partiel		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ³	106	106
	HT ⁴	0	0
	UVP ⁵	10	10
	PASA ⁶	14	14
	UHR ⁷	0	
	UPHV ⁸	0	
	AJ ⁹	0	
	AN ¹⁰	0	
	PFR ¹¹	0	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	106		

³ Hébergement permanent⁴ Hébergement temporaire⁵ Unité de vie protégée / unité protégée⁶ Pôle d'activité et de soins adaptés⁷ Unité d'hébergement renforcée⁸ Unité pour personnes âgées vieillissantes⁹ Accueil de jour¹⁰ Accueil de nuit¹¹ 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 EIR
1.1.12	Conformité aux conditions d'autorisation L'établissement dispose d'une capacité installée de 106 places et d'un PASA de 14 places (ouvert 5 jours sur 7). Le jour du contrôle, 105 résidents étaient présents, soit un taux d'occupation de 99 %.	
	La direction a communiqué le dossier de conformité du PASA datant de 2018 transmis à l'ARS en vue de la labellisation du dispositif (labellisation accordée le 29/01/2019). La demande initiale était un PASA de 12 places. Il ne s'agit pas d'un projet de service rédigé à la suite de la labellisation tenant compte, entre autres, de la capacité autorisée (14 places) et des recommandations formulées lors de la visite de labellisation (Cf. PV de la visite de labellisation).	Écart 1 : Au vu des documents transmis, l'établissement ne dispose pas d'un projet de service spécifique au PASA, ce qui contrevient à l'article D312-155-0-1 du CASF
1.1.3.1	Répartition des résidents en fonction du GIR <div></div> Ces proportions sont conformes à la réglementation.	

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement Un règlement de fonctionnement daté de février 2022 a été transmis, celui-ci mentionne qu'il est valable 5 ans à partir de sa transmission à l'organe délibérant de l'établissement.	
1.2.1.2	Le contenu du règlement de fonctionnement Le contenu est conforme à la réglementation et contient les volets suivants : <ul style="list-style-type: none">- respect des droits des personnes prises en charge,- modalités d'association des familles,- organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation,- sécurité des personnes et des biens,	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	<ul style="list-style-type: none"> - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui. 	
1.2.1.4	<p>Le projet d'établissement</p> <p>Un pré-projet d'établissement 2017-2022 a été transmis, celui-ci n'est donc plus valide.</p> <p>Le plan bleu</p>	<p>Écart 2 : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF.</p>
1.2.1.6	<p>Un plan bleu en date du 1er juin 2022 a été transmis. Celui contient un volet d'explication détaillé de son organisation et une présentation détaillée de l'établissement ainsi que des outils de maîtrise de risques existants. Toutefois, les annexes portant sur la gestion des différents risques n'ont pas été transmises.</p>	<p>Écart 3 : La mission ne peut s'assurer de la conformité légale du plan bleu de l'établissement ce qui contrevient à l'instruction interministérielle n° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022</p>
1.2.2.1	<p>La direction de l'établissement</p> <p>Une directrice est en poste dans l'établissement à [REDACTED] ETP. Elle assure également la direction de la résidence autonomie « Rosalie Rendu » situé dans le même bâtiment à hauteur de [REDACTED] ETP.</p> <p>Un organigramme non daté a été transmis à la mission. Celui-ci indique les noms des membres du personnel, leurs catégories professionnelles ainsi que leurs ETP (autant pour la résidence Catherine Labouré que la résidence autonomie Rosalie Rendu).</p>	
1.2.2.6	<p>Fiche de poste direction</p> <p>Une fiche de missions « Directeur EHPAD » signée par la directrice de l'établissement a bien été transmise.</p> <p>Diplôme de la direction</p>	
1.2.2.7	<p>La direction dispose d'un Master [REDACTED]</p>	
1.2.2.8	<p>Astreintes</p> <p>Un protocole d'astreintes de 2018, a été transmis. Elles concernent la directrice, l'IDEC et la responsable hébergement. La directrice assure une semaine d'astreinte sur deux et l'autre semaine est assurée de manière alternée par la responsable hébergement ou l'IDEC.</p> <p>Le numéro d'astreinte est affiché au standard et dans tous les postes de soins.</p>	

N° CAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.2.2.10	<p>Délégation de signature</p> <p>Un document unique de délégation signé par la directrice et le gestionnaire datant du 2 décembre 2019 a été transmis. Les missions confiées à la direction sont : l'animation et la direction de la structure, la conduite et mise en œuvre du projet d'établissement ainsi que le projet de vie et de soins, l'administration générale et de gestion de l'établissement et de ces services, la représentation de la structure et de l'association Monsieur Vincent.</p> <p>L'IDEC</p> <p>L'établissement dispose bien d'une IDEC à temps complet depuis le 1er janvier 2018. Celle-ci est titulaire d'un diplôme d'état d'infirmière et une fiche de poste de « Responsable de soins » signée a bien été transmise.</p> <p>Le justificatif d'inscription à l'Ordre national des infirmiers ainsi que le diplôme de cadre de santé n'ont pas été fournis.</p>	
1.2.2.12	<p>Présence d'un médecin coordonnateur</p> <p>Un médecin coordonnateur est présent dans l'établissement depuis le 30 avril 2023 à 0,5 ETP ce qui est insuffisant au regard de la capacité de l'établissement (106 places). Un temps de présence de 0,8 ETP est exigé pour cet établissement.</p>	<p>Écart 4 : Le diplôme de cadre de santé et l'attestation d'inscription à l'ordre infirmier de l'IDEC n'ont pas été transmis ce qui contrevient à l'article L4311-15 du CSP.</p>
1.2.2.14		<p>Écart 5 : Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas suffisant au regard de la capacité de l'établissement ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.</p>
1.2.2.15	<p>Qualification et contrat du médecin coordonnateur</p> <p>L'établissement a transmis la fiche de poste signée du médecin coordonnateur, son attestation d'inscription à l'Ordre des médecins, sa qualification en médecine générale, sa capacité en gériatrie et son attestation de réussite.</p>	

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le Conseil de la Vie Sociale	
1.3.3.1	<p>Un CVS est en place dans l'établissement et celui-ci dispose d'un règlement de fonctionnement reprenant les articles du CASF (D.311-3 et suivants) concernant la composition du CVS, le rôle de ces membres, la durée de leur mandat, les modalités d'élections des représentants des personnes accompagnées et des familles, celles des professionnels, du président, de la perte de qualité de membre, du fonctionnement de de l'institution ainsi que de la nature et la validité des délibérations.</p> <p>Le CVS est composé ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La présidente et 6 autres membres parmi les résidents (dont 3 avec voix consultatives), • 3 membres représentant les familles, • 1 représentant des professionnels (IDE), • 1 représentant de l'association « Monsieur Vincent », • 2 représentants des communautés religieuses (voix consultatives), • 2 représentants de l'établissement (voix consultatives). <p>Le règlement a été adopté par le CVS et signé par la présidente le 14 mars 2023.</p> <p>L'information du CVS</p> <p>Le compte-rendu de la séance du 14 juin 2022 fait état d'une définition et d'une présentation des EI/EIG survenus en 2021. Toutefois, cette obligation n'est pas inscrite dans le règlement de fonctionnement.</p>	Remarque 1 : L'obligation d'information des dysfonctionnements, EI et EIG du CVS ne figure pas dans le règlement de fonctionnement.
1.3.3.2		

Gestion de la qualité

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La démarche d'amélioration continue de la qualité	
1.4.1.7	<p>La direction a transmis un plan d'action 2022-2023. Les principaux objectifs concernent : l'amélioration de la diffusion des PAI, l'amélioration de la traçabilité des réclamations écrites, mettre en place des évaluations de pratique professionnelle ou encore mettre en place la déclaration des événements indésirables.</p> <p>En l'absence d'indicateurs de suivi et d'évaluation des objectifs et de précisions concernant les actions à mettre en place, ce PACQ ne permet pas une analyse du niveau de réalisation des objectifs et de proposer des mesures correctrices. Il est juste indiqué pour chaque objectif, s'il est traité, en cours en traitement ou non traité.</p> <p>A la lecture des documents fournis, la mission ne peut s'assurer de l'existence d'un COPIL Qualité mis en place au sein de l'établissement.</p>	Remarque 2 : Le PACQ transmis, faute d'indicateurs, ne permet d'analyser ni le niveau de réalisation de chaque objectif, ni les mesures correctrices mises en places.

N°IGAS	Observations ou commentaires		Constat E/R
	Les évaluations interne et externe		
1.4.2.1	<p>L'établissement a fait l'objet d'une évaluation externe en 2014. Celle-ci a été transmise à la Ville de Paris. Elle s'est déroulée quelques mois avant les travaux de restructuration/reconstruction de l'EHPAD.</p> <p>Certaines actions incluses dans le PACQ font suite aux résultats de l'évaluation externe (formation du personnel à la bientraitance, diffusion de fiches de fonction au personnel hôtelier et soignant).</p> <p>La promotion de la bientraitance</p> <p>Le livret d'accueil rappelle que toute situation de maltraitance doit être signalée à la Direction de l'Etablissement et/ou encadrant et indique le numéro national dédié à lutter contre les maltraitements envers les personnes âgées et les adultes en situation de handicap (39 77). Il en est de même dans le règlement de fonctionnement.</p> <p>D'après le plan de formation 2022 transmis, des formations internes sur la bientraitance ont été dispensées par la psychologue.</p>		
1.4.3.1	<p>Lutte contre les situations de violences ou harcèlements sexuels</p> <p>La procédure de déclaration des EI/EIG ne fait pas mention des situations de violence ou de harcèlement sexuel.</p> <p>Il est cependant indiqué dans le règlement de fonctionnement que « les faits de violence sont inacceptables, que leur origine soit du fait d'un résident lui-même, d'un employé, d'une famille... ». Tout comportement déviant doit être signalé à la direction et des sanctions professionnelles et/ou pénales pourront être prises en cas de manquement avéré à ces obligations. Les articles relatifs au régime de protection des salariés déclarant les EIG ne sont pas mentionnés.</p> <p>Signalement en cas d'agression et de maltraitance</p> <p>Aucun acte de maltraitance n'a été identifié par la structure.</p> <p>S'il n'y a pas de procédure propre au signalement de cas d'agression ou de maltraitance, ces situations sont évoquées dans le règlement de fonctionnement et font l'objet d'une déclaration obligatoire par le personnel de l'établissement. Selon le règlement de fonctionnement, la question de la maltraitance fait l'objet d'une procédure dédiée, non transmise, et de formations professionnelles.</p>		
1.4.3.2			Remarque 3 : L'établissement ne fait pas figurer le régime de protection des salariés déclarant des EIG dans le règlement de fonctionnement.
1.4.3.3			

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Les plaintes et réclamations / Les enquêtes de satisfaction	
1.5.1.1	<p>La direction a transmis un tableau de suivi des réclamations depuis 2018.</p> <p>La mission a également été destinataire de 3 réclamations de famille de résidents datant de 2018, 2022 et 2023 (absence de ligne téléphonique, défaut de soins et chute).</p> <p>Celles-ci ont fait l'objet d'un traitement rapide, avec une réponse de l'EHPAD aux plaignants dans la journée et un rendez-vous fixé dans les deux semaines qui suivent.</p> <p>Les procédures de déclaration des événements indésirables (EI) et des événements indésirables graves (EIG)</p> <p>La direction a transmis une procédure de déclaration des EI/EIG. Elle prévoit la transmission dans les 48 heures du formulaire EIG aux autorités de contrôle et l'organisation dans les 15 jours d'une réunion avec le personnel concerné pour travailler sur l'analyse des causes profondes de l'EIG et un plan d'actions.</p> <p>Les EI sont déclarés via le logiciel AGEVAL depuis octobre 2021. Les déclarations se faisaient auparavant sur papier. Un tableau avec l'ensemble des EI pour les années 2022 et 2023 a été transmis. Pour chaque EI, sont présentées une description de l'événement, les conséquences et pour la plupart, les actions correctrices.</p> <p>Suivi, analyse et mesures correctrices des EI/EIG</p> <p>Suite à de nombreuses déclarations d'EI concernant le circuit du médicament, la direction a décidé de revoir la convention avec la pharmacie.</p> <p>Ces actions n'apparaissent pas dans le PACQ</p> <p>Signalement et RETEX des EI/EIG</p> <p>Aucun EIG n'a été déclaré aux autorités de contrôle en 2021, 2022 et 2023.</p>	
1.5.1.3		
1.5.1.5		
1.5.1.6	<p>La mission s'étonne qu'aucun EIG n'ait été déclaré ces trois dernières années. Elle note qu'un EI recensé en 2022 relatif à une résidente étant entrée dans un poste de soins et ayant avalé des médicaments relève d'un EIG (Accident ou incident lié à une erreur ou à un défaut de surveillance).</p>	Écart 6 : La mission constate un manque de maîtrise de la classification entre EI et EIG ce qui contrevient aux articles L311-8-1 et R331-8 à 10 du CASF.

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.1	<p>Composition de l'équipe pluridisciplinaire :</p> <p>Les effectifs présents dans l'établissement sont :</p> <ul style="list-style-type: none">-Une directrice-Un pôle administratif composé d'une comptable à [redacted] une assistante RH [redacted]-[redacted] hôtesse d'accueil [redacted] une assistante administrative (affectée [redacted]) ainsi qu'une responsable administrative et financière recrutée [redacted]-[redacted] animatrice [redacted]-Un médecin coordonnateur (U.S.E.I.P.) et un médecin prescripteur [redacted]-Une ergothérapeute [redacted]-Une psychologue [redacted]-Un psychomotricien [redacted]-Une IDEC [redacted]-[redacted]-[redacted]-Une responsable hôtelière [redacted]-[redacted]-[redacted] <p>Le personnel du PASA comprend :</p> <p>[redacted]</p> <p>L'établissement a indiqué que « tous les salariés du PASA sont formés à la prise en charge des maladies neuro-dégénératives ».</p> <p>[redacted]</p>	<p>Remarque 4 : La direction n'a pas transmis de tableau des effectifs.</p>

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	<p>Les plannings et les fiches de postes transmis ne permettent pas de connaître la répartition des AS par étage. Concernant les IDE, les fiches de poste transmises ne permettent de connaître les missions spécifiques de l'IDE présente tous les jours de 8h30 à 16h45.</p> <p>[Redacted]</p> <p>Concernant l'équipe hôtelière (7h30 – 19h30), d'après les fiches de tâches transmises :</p> <ul style="list-style-type: none"> • [Redacted] • [Redacted] • [Redacted] • [Redacted] • [Redacted] • [Redacted] <p>[Redacted]</p>	
2.1.1.3	<p>Le taux de rotation et d'absentéisme :</p> <p>[Redacted]</p>	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.6	<p>Le recours à l'intérim</p>	
2.1.2.1	<p>Le plan de développement des compétences :</p> <p>L'établissement a fourni deux documents de suivi des formations pour 2022 et 2023 ainsi qu'un plan de développement des compétences pour 2023.</p> <p>Concernant l'année 2022, les formations dispensées sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Des gestes pour dire, des paroles pour faire » (7 participants) - AFGSU 1 (10 participants) - Matelas à air de stade 3 à 4 (27 participants, deux sessions d'un jour). - Réunion « Ségur 2 et prime grand âge » (63 participants, deux sessions d'un jour). - Prap 2S (Prévention des risques liés à l'activité physique - Sanitaire et social) (33 participants, quatre sessions de 3 jours). - AFGSU niveau 2 recyclage (10 participants) - Précautions standard (7 participants) - AFGSU niveau 2 (10 participants) - Contenance (27 participants, deux sessions d'un jour). - Les soins palliatifs à domicile (Deux participants). - PRAP BIC (Prévention des risques liés à l'activité physique - secteur BTP industrie commerce) (6 participants, une session de deux jours). - Formation des membres du CSE (cinq participants, deux semaines de formation). - Formations diplômantes ASD et ASG (respectivement trois et deux participants) - Equipier de 1^{er} intervention spécial J et U (52 participants pour quatre sessions d'un jour). - Chargés de sécurité (14 participants sur deux sessions d'un jour). <p>Des formations internes sur les chutes (5 participants), l'analyse des pratiques (16 participants), les précautions standard (41 participants), la charte d'utilisation des ressources informatiques (62 participants), le logiciel AGEVAL (26 participants), la canicule (74 participants), la douleur et les échelles d'évaluation (36 et 43 participants), plusieurs formations sur la bientraitance pour tous les employés (21 participants et 18 participants pour deux formations), pour les ASH (8 participants) et AS/ASH (29 participants) ainsi que les bonnes pratiques PAI (dix participants) ont été dispensées.</p> <p>Pour le document de suivi 2023, les formations dispensées sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFGSU 1 (7 participants pour une session de deux jours). - Toilette relationnelle (11 participants pour une session de deux jours). - Tuteur ou maître d'apprentissage (pour une IDE et l'IDEC). - Correspondants hygiène (pour une AS, deux jours de formation). - Incendie (les informations relatives à cette formation ne sont pas remplies). 	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p>-Formation ASD et ASG (les informations concernant ces formations ne sont pas remplies).</p> <p>Des formations internes sur le logiciel AGEVAL « encadrement » (un participant), les précautions standards (43 participants), la restitution enquête de satisfaction résidents (18 participants) et les chutes ont été dispensées (six participants). Le plan de développement des compétences 2023 prévoit encore les formations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Toilette relationnelle (ASH/AS). -Simulateur de vieillesse (Tout le personnel). -Formation incendie (Tout le personnel). -Assistant soins en gérontologie (ASH/AS). -AFGSU niveau 1 (Tout le personnel). -Formation tuteur (Responsable d'équipe). -Prévention des risques liés à l'activité (ASH/AS). <p>L'établissement dispense donc des formations sur les domaines principaux de la prise en charge ainsi que des formations diplômantes pour son personnel soignant.</p>	
2.1.2.5	<p>Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels :</p> <p>L'établissement a transmis une « procédure d'accueil nouveau salarié » consistant en une « check-list » de 22 items :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 : Signature fiche de poste. • 2 : Signature fiche de fonction. • 3 : Attribution vestiaire. • 4 : Tenues (taille). • 5 : Attribution badge. • 6 : Pointage. • 7 : DECT. • 8 : Création d'un code TITAN. • 9 : Formation TITAN + Zapette. • 10 : Explication des plans de soins. • 11 : Bonne pratique CHUTES. • 12 : Information sur les pauses. • 13 : Information sur les protections (Hartmann). • 14 : Explication du tri du linge (Elis et AD3). • 15 : Petit-déjeuner. • 16 : Prix des repas si pris sur site : 2,80 euros. Possibilité d'apporter son repas (réfrigérateur du personnel). • 17 : Salle de pause. 	<p>Remarque 5 : Le protocole ne prévoit pas un accompagnement par un pair.</p>

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	<ul style="list-style-type: none"> • 18 : Explication sur les présences. • 19 : Comment répondre aux sonnettes. • 20 : Rangement linge résidents. • 21 : Visite de l'établissement : local poubelle, linge (ELIS et AD3). • 22 : Schéma vaccinal. <p>La procédure, qui doit être signée par le salarié, ne mentionne pas un accompagnement des nouveaux salariés par des pairs.</p> <p>Le planning au jour du contrôle :</p> <p>Au jour du contrôle, étaient présents :</p> <p>Pour l'équipe administrative :</p> <ul style="list-style-type: none"> -La directrice de l'établissement, -L'assistante RH, -Une hôtesse d'accueil. <p>Pour l'équipe hôtelière :</p> <ul style="list-style-type: none"> -12 ASH/AVS. <p>Pour l'équipe « entretien et buanderie » :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Un remplacement signalé en « ENT ». <p>Pour l'équipe AS/AMP :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Un ASG au PASA, -Deux AMP, -Deux AES, -Huit ASD. <p>Pour l'équipe IDE :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trois IDE. <p>Pour le personnel de nuit :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trois ASD, -Une auxiliaire de vie. <p>Les fiches de tâches heurées :</p>	
2.1.4.2	<p>L'établissement a fourni des fiches de tâches pour les AS/AMP/AES, les ASH, les IDE, les AVS, les agents de coordination et pour les « tâches hebdomadaires » à chaque étage.</p>	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
<p>Pour les AS/AMP/AES :</p> <p>Cinq fiches ont été transmises :</p> <ul style="list-style-type: none">- Trois pour l'équipe de jour (7h-19h, 8h-20h, 8h30-20h30),- Deux pour l'équipe de nuit (20h-7h et 20h30-7h30). <p>Seules les fiches de tâches de l'équipe de nuit font mention de contacts à joindre en cas d'urgence.</p> <p>Pour les ASH :</p> <p>Huit fiches ont été transmises, six pour l'équipe de jour (7h30-19h30) répartie sur les étages 1, 3, 4, 5 et 5 UPPD plus une ASH volante au 1^{er} étage côté jardin.</p> <p>Deux fiches ont été transmises concernant l'équipe de nuit (20h-7h et 20h30-7h30). Il n'y est pas fait mention des personnes à contacter en cas d'urgence.</p> <p>La mission constate que la fiche de tâches des ASH intervenant de 20h30 à 7h30 et des AS/AMP de nuit sont pratiquement identiques.</p> <p>Pour les IDE :</p> <p>Trois fiches ont été transmises (7h15-19h15, 8h15-20h15 et 8h30-16h45). Un temps de transmission prévu entre deux IDE commençant à des horaires différents est indiqué dans une fiche, mais n'apparaît pas dans l'autre où d'autres tâches sont prévues.</p> <p>Pour les AVS :</p> <p>Neuf fiches ont été transmises. :</p> <ul style="list-style-type: none">- Deux pour le 2^{ème} étage (7h30-19h30 et volante 2^{ème} étage 7h30-19h30),- Une pour le 4^{ème} étage (7h30-19h30),- Trois qui ne sont pas assignées à un étage en particulier (7h-19h, 8h-20h et 8h30-20h30). Ces fiches de tâches ont déjà été évoquée page 19,- Trois présentant spécifiquement les tâches hebdomadaires pour les AVS du 2^{ème} (AVS1 et AVS2) et 4^{ème} étage. <p>La mission s'interroge sur la raison pour laquelle il n'existe pas de fiche de tâche ASH pour le 2^{ème} étage et que la prise en charge des résidents du 2^{ème} étage fasse l'objet de 2 fiches de tâches AVS.</p> <p>Pour les agents de coordination :</p> <p>Deux fiches ont été transmises. La première porte sur les missions en « secteur commun » (10h-18h) qui sont des missions d'entretien et de nettoyage, la seconde porte sur leur tâches hebdomadaires (missions de nettoyage et d'entretien du sous-sol et du rez-de-chaussée).</p> <p>Pour les tâches hebdomadaires :</p> <p>Six fiches ont été transmises. Ces fiches contiennent la liste des tâches hebdomadaires à accomplir chaque jour pour le 1^{er}, le 1^{er} côté jardin, le 3^{ème}, le 4^{ème} côté « père », le 5^{ème} et le 5^{ème} côté UPPD. Elles correspondent essentiellement aux mêmes tâches de nettoyage et d'entretien d'un étage à l'autre, seuls les jours où sont effectuées ces tâches diffèrent. Il n'est pas indiqué quel personnel est concerné par ces tâches hebdomadaires qui sont identiques à celles dévolues aux AVS du 2^{ème} et 4^{ème} étage.</p>	<p>Remarque 6 : La mission s'interroge sur la raison pour laquelle il est indiqué sur certaines fiches de tâches hebdomadaires la catégorie du personnel concerné (pour les AVS du 2^{ème} et 4^{ème} étage) et pas sur les autres.</p>	

N°/GAS	Observations ou commentaires	Constat
Le glissement de tâches :		Écart 7 : Les fiches de tâches des AVS qui sont rattachées à l'équipe hôtelière dans l'organigramme de l'établissement, comprennent des actes programmés qui ne relèvent pas de leur fonction ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.
2.1.4.4	<p>Comme indiqué supra (point 2.1.1.1), la mission s'interroge sur la qualification des personnels concernés par les fiches de postes AVS (AVS en formation AS, ASH ayant la qualification d'AVS...). De plus, La mission constate par exemple que les fiches de poste des AVS pour le 2^{ème} étage ne sont pas identiques (toilettes de 2 résidents à effectuer pour l'AVS du 2^{ème} étage non volant).</p> <p>Comme déjà évoqué supra, la fiches de tâches des ASH de nuit intervenant de 20h 30 à 7h30 sont quasiment identiques à celles des AS/AMP. Elle prévoit des toilettes, des changes qui ne relèvent pas de leur qualification et la distribution de médicaments non prévue dans le protocole d'organisation de la prise en charge médicamenteuse.</p>	Écart 8 : La fiche de tâches des ASH de nuit comportent des missions (toilettes, changes, distribution de médicaments) qui ne relèvent pas de leur qualification et du protocole d'organisation de la prise en charge médicamenteuse, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° et 3° du CASF.
	<p>La gestion des absences imprévues :</p> <p>L'établissement a transmis deux protocole en cas d'absence :</p> <p>Le premier, en date du 2 janvier 2021, prévoit qu'en cas d'absence d'une AS, AMP ou AES, le soignant en poste au 4^{ème} étage prend en charge dix toilettes et l'AVS du 4^{ème} étage six, ses tâches annexes sont reportées au lendemain. Les IDE ont, quant à eux, la charge de deux toilettes.</p> <p>Le second protocole concerne l'absence d'une IDE et date du 5 janvier 2022.</p> <p>Si c'est une semaine où trois IDE sont normalement présentes, celle qui termine à 16h30 prolonge jusqu'à 20h. Si ce n'est pas possible l'IDEC prend le relai et prolonge sa journée jusqu'à 20h.</p> <p>En semaine de présence de deux IDE, l'IDEC remplace l'IDE absente.</p> <p>En week-end de présence de deux IDE trois options sont possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appel à une IDE de la contre équipe, - Appel à l'IDEC, - Détachement d'une AS qui donnera les médicaments indiqués « Acte de la Vie Quotidienne » sous contrôle de l'IDE présente. 	
2.1.4.10	<p>Le personnel de nuit :</p> <p>L'organigramme et le planning indiquent la présence la nuit d'un binôme AS/ASH.</p>	

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	<p>La procédure d'admission</p> <p>La procédure d'admission a été transmise. Elle date de mars 2022. La procédure est la suivante : on recherche le consentement de la personne entrée en EHPAD, plusieurs intervenants participent à l'admission et leur rôle est défini dans la prise en charge, l'état de santé est évalué, l'établissement est présenté au résident.</p> <p>La procédure de préadmission prévoit que le médecin coordonnateur organise une visite de pré admission « si cela est nécessaire et si c'est possible » et qu'il évalue avant l'entrée du résident l'adéquation de son état de santé avec une prise en charge en institution.</p> <p>Il est indiqué dans le RAMA 2022 que le médecin coordonnateur n'a pas donné d'avis sur les admissions depuis 2018 (page 6).</p>	<p>Écart 9 : D'après le RAMA 2022, Le médecin coordonnateur n'a pas été consulté lors de la procédure d'admission depuis 2018, ce qui contrevient à l'article D312-158 du CASF.</p>
3.2.1.2	<p>Évaluations pré-admission</p> <p>Une évaluation de la douleur avec échelle adaptée est effectuée au moment de l'admission, l'IDEC évalue le risque d'escarre en renseignant la grille Norton, le médecin coordonnateur évalue la présence ou non de troubles de la déglutition et l'autonomie à la marche.</p> <p>Le projet d'accompagnement personnalisé (PAP)</p> <p>L'ensemble des PAP des résidents de l'établissement est à jour.</p> <p>L'EHPAD informe la mission que les résidents ne disposent pas de référents PAI car les soignants changent d'étage tous les 4 mois. Le soignant en charge du résident s'informe des objectifs du PAI à sa prise de poste.</p> <p>La direction a transmis une procédure de préparation et de suivi du projet personnalisé en date février 2019.</p> <p>Cette procédure décrit le rôle des différents professionnels (directeur, médecin coordonnateur, IDEC, IDE, AS/AMP/AVS, psychologue, psychomotricien, animateur, responsable hébergement, ergothérapeute) dans l'élaboration du PAI initial réalisé dans un délai de 3 mois après l'entrée et lors de sa mise à jour.</p> <p>Il est à noter que cette procédure prévoit qu'après chaque mise à jour d'un PAP, il est procédé à la signature d'un avenant au contrat du résident précisant les objectifs de prise en charge.</p> <p>La procédure indique également que le médecin coordonnateur procède à une évaluation gériatrique multidimensionnelle à l'entrée du résident.</p> <p>Il ressort du protocole que les personnes accueillies ne sont pas associés activement à l'élaboration de leur projet d'accueil et d'accompagnement.</p>	<p>Écart 10 : Les personnes accueillies ne participent pas à l'élaboration de leur projet d'accueil et d'accompagnement ce qui contrevient à l'article L311-3, °7 du CASF.</p> <p>Remarque 7 : La procédure transmise ne précise pas qui est responsable de la coordination et du suivi des PAP.</p>

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Commission de coordination gériatrique		
3.1.4.4	L'établissement informe la mission que la commission de coordination gériatrique n'est pas mise en place et n'a transmis aucun compte-rendu des années précédentes. En 2022, durant 6 mois, l'EHPAD ne disposait pas de médecin coordonnateur. Un médecin coordonnateur a été recruté en novembre 2022, mais n'est resté que 3 mois. En avril, un nouveau médecin coordonnateur est arrivé. L'établissement a pour objectif de réunir prochainement une commission de coordination gériatrique.	Écart 11 : La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas en place dans l'établissement ce qui contrevient à l'article D312-153, 3° du CASF.
3.1.4.5	L'intervention des professionnels médicaux Les 15 médecins généralistes utilisent tous le logiciel de soins pour réaliser leur prescription. 2 psychiatres interviennent et utilisent le logiciel de soins. 86 résidents sont suivis par un médecin traitant. 12 de ces résidents sont suivis par un médecin traitant qui part à la retraite le 30 juin 2023.	Remarque 8 : La mission constate qu'à compter du 30 juin 2023 une trentaine de résidents ne seraient pas suivis par un médecin traitant libéral.
2.5.4.3	Système d'appel malades L'établissement a transmis plusieurs captures d'écrans du dernier relevé mensuel de son système d'appels malades. La mission d'inspection s'interroge sur les différents types d'appels du système d'appel malade (appels, assistance, présence urgence, service et erreur).	Écart 12 : La mission d'inspection s'interroge sur les différents types d'appels du système d'appel malade (appels, assistance, présence urgence, service et erreur). Référence : article L311-3 1° du CASF.

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Le livret d'accueil et le contrat de séjour		
3.2.2.2 3.2.2.5	La charte des droits et libertés des personnes âgées et dépendantes est remise avec le livret d'accueil. Le numéro d'appel pour les victimes de maltraitance est indiqué dans le livret d'accueil. Les dispositifs réglementaires garantissant les droits et libertés suivants sont mentionnés dans le livret d'accueil : le recours à une personne qualifiée, la personne de confiance, les directives anticipées, les mesures pour assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident avec prise en compte de la liberté d'aller et venir, les droits civiques et les aides financières. La charte de la personne accueillie (arrêté du 8 septembre 2003) est transmise avec le livret d'accueil.	
Procédure relative aux contentions		
3.2.3.1	Un protocole de contention a été transmis, celui-ci est daté d'avril 2023. La décision de la contention se fait après une évaluation du niveau de bénéfice/risque en collégialité et après avoir écarté toute autre alternative. Ensuite, le protocole de contention indique que la contention peut être réalisée sur prescription médicale du médecin ou du médecin coordonnateur. Le cadre de santé informe alors le résident, son représentant légal et/ou la personne de confiance des bénéfices et risques attendus afin de rechercher leur accord formel si possible.	Remarque 9 : La procédure de contention ne fait pas ressortir que la prescription médicale est obligatoire pour une procédure de contention. Remarque 10 : Les procédures de contention ne sont pas comptabilisées et analysées dans le RAMA.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p>Les contentions sont réévaluées en équipe pluridisciplinaire et sont renouvelées pour 24h ou 7 jours en cas de troubles passagers, pour 3 mois si les troubles sont installés. Pour le suivi, le soignant trace les heures de mise en place et levée ainsi que la tolérance à la contention. L'IDE trace toutes les 48 heures l'état physique et mental du résident. Le psychologue retrace dans la semaine les potentiels effets de la contention après sa mise en place et le médecin coordonnateur retrace le maintien ou la levée de la contention à chaque passage. Toutes ces informations doivent être retracées dans le dossier du résident le jour même.</p> <p>Les procédures de contention ne sont pas comptabilisées et analysées dans le RAMA.</p>	

Soins

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.8.2.9	<p>Convention EHPAD - Officine</p> <p>Une convention de partenariat a été conclue entre l'EHPAD et la pharmacie de Ménilmontant.</p> <p>Modalités de transmission des ordonnances de l'EHPAD à l'officine : les infirmiers référents ont une fonction de liaison avec l'officine (transmission des informations administratives, de transmission de l'ordonnance la plus récente, il s'assure de son exhaustivité).</p> <p>Dans la convention de partenariat conclue entre l'EHPAD et l'officine, la résidence Catherine Labouré s'engage à ce que les médicaments et les informations nécessaires à leur bon usage, soient réceptionnées par des professionnels dits « infirmiers référents », spécialisés formés aux problématiques et aux besoins des résidents en soins médicamenteux. Ils assurent l'interface avec le pharmacien.</p>	
3.8.2.22	<p>Délégation de l'administration des médicaments</p> <p>Le pharmacien dispensateur s'engage à ce que les médicaments et les informations nécessaires à leur bon usage soient délivrés par « un professionnel délégué » spécialement formé aux problématiques et aux besoins en EHPAD. Le professionnel délégué est placé sous la seule autorité du pharmacien dispensateur. Il possède la qualification de pharmacien ou préparateur en pharmacie. Sous le contrôle effectif du pharmacien, il assure l'interface avec les EHPAD et s'interdit toute démarche contraire à la déontologie. Le professionnel délégué a une fonction technique et une fonction de liaison avec les EHPAD. En cas d'absence du professionnel délégué, le pharmacien dispensateur s'engage à assurer la continuité de la prestation en déléguant à une autre personne munie des compétences nécessaires.</p> <p>Les infirmiers référents réceptionnent les médicaments. Les infirmiers référents sont placés sous l'autorité du médecin coordonnateur. Ils assurent l'interface avec le pharmacien. Les infirmiers référents ont une fonction technique (réception et vérification des médicaments, ouverture des sacs scellés et nominatifs, rangement des traitements, gestion des changements de traitement...) et une fonction de liaison avec l'officine (transmission des informations administratives, de transmission de l'ordonnance la plus récente ; s'assure de son exhaustivité). L'EHPAD Catherine Labouré s'engage, en cas d'absence des personnes référentes, à assurer la continuité de cette prestation en mettant en relation avec le pharmacien signataire une autre personne munie des compétences nécessaires à l'exécution de ces tâches.</p>	

	<p>Le protocole relatif à la prise en charge médicamenteuse précise que la délivrance des médicaments est une tâche exclusive aux IDE qui assurent l'administration des traitements, la surveillance du résident après la prise ainsi que la traçabilité de l'administration dans le logiciel de soins de l'établissement ainsi que de l'information de l'IDEC en cas de dysfonctionnement dans le circuit du médicament et faire la déclaration d'EIG.</p> <p>L'IDE peut déléguer, sous sa responsabilité, l'administration des médicaments à l'AS dans le cadre d'une collaboration pour les médicaments signalés comme acte de la vie courante. Le protocole précise que certaines médicaments et traitements ne peuvent être délégués et que dans le cadre de la délégation, l'IDE doit s'assurer de la connaissance et des compétences de l'AS. L'aide-soignant doit observer les mêmes principes qu'un personnel infirmier en assurant la prise effective du médicament, en surveillant le résident après la prise et en faisant remonter les informations relatives à l'administration, notamment la prise ou le refus de prendre le traitement.</p> <p>La prise en charge de la douleur</p>	
3.8.2.24	<p>Un protocole de dépistage et de lutte contre la douleur a été transmis. Il précise que le dépistage de la douleur est l'affaire de tous les soignants, les échelles utilisées et à partir de quels résultats une prise en charge est nécessaire ainsi que les rythmes d'évaluation de la douleur en cas de douleur aiguë, chronique et induite par les soins.</p> <p>Le protocole précise également que des mesures générales sont prévues en matière de la prise en charge de la douleur dans l'établissement avec : une formation annuelle sur ce sujet, des formations à l'utilisation des échelles de douleur pour les soignants et une évaluation douleur faite systématiquement à l'admission dans l'établissement du résident ainsi qu'une fois par an.</p> <p>Les soins palliatifs</p>	
3.8.2.25	<p>L'EHPAD informe la mission qu'il ne dispose pas de protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie. Il dispose d'une convention avec le réseau Humanest auquel il fait appel à chaque fois que nécessaire.</p> <p>Ils participent à une étude PADI-PALI avec l'hôpital Jeanne Garnier. Les membres de cette étude sont venus les observer et ont proposés des préconisations sur les personnes susceptibles d'être en fin de vie. L'EHPAD informe la mission que les directives anticipées sont recueillies à chaque fois que cela est possible.</p> <p>La prévention de la dénutrition</p>	<p>Remarque 11 : L'établissement ne dispose pas de protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie.</p>
3.4.3.9	<p>L'établissement a transmis le document remplis pour le suivi nutritionnel des résidents. Un suivi mensuel des pesées est globalement assuré pour tous les résidents et l'état nutritionnel des résidents tel que renseigné dans le document ne fait pas ressortir de cas de dénutrition sévère.</p>	

Coordination avec les autres secteurs

N° G4S	L'intervention des personnels médicaux et paramédicaux libéraux	Observations ou commentaires	Constat EIR
4.2.1.2	<p>L'EHPAD a fourni un document Word indiquant que les intervenants para médicaux (kinésithérapeutes, orthophonistes) n'ont pas de planning, car ce sont des intervenants libéraux. Ils indiquent qu'il y a une présence en kinésithérapie tous les jours de la semaine, du lundi au vendredi. En cas de besoin en kinésithérapie respiratoire, un des kinésithérapeutes intervient le week-end. Les orthophonistes sont présentes en général en fin de matinée et en début d'après-midi certains jours.</p> <p>En l'absence de planning, la mission ne peut s'assurer de la présence du kinésithérapeute.</p>		<p>Remarque 12 : L'établissement ne dispose pas de planning des interventions des personnels libéraux et paramédicaux.</p>

Risques environnementaux

	Observations ou commentaires	Constat EIR
AMIANTE	L'établissement a été construit après 1997 et n'est pas concerné par le risque amiante.	Néant
DASRI	<p>L'établissement a transmis la convention de collecte établie avec le collecteur GCM Environnement daté du 13/10/2017. Il s'agit d'une collecte directe suivi d'un traitement des DASRI par incinération.</p> <p>La fréquence de collecte est indiquée comme étant trimestrielle ; or, les dates sur les bordereaux de suivi des déchets (BSD) semblent indiquer un passage mensuel du collecteur.</p> <p>Il semble que la convention de collecte ait été établie selon un modèle type pour des professionnels de santé libéraux.</p> <p>Seuls les bons de suivi des déchets des mois de janvier, février et mars 2023 sont correctement remplis (feuillelet N°1) ; ceux des mois de décembre 2022 et avril 2023 correspondent au feuillelet N°4 attestant uniquement de la collecte mais pas de l'élimination des DASRI.</p>	<p>Remarque 13 : La fréquence de collecte indiquée dans la convention est erronée.</p> <p>Remarque 14 : Les bordereaux de suivi des DASRI (feuillelet n°1) dûment complétés doivent être disponibles au sein de l'établissement ; ils attestent de l'élimination des DASRI dont l'établissement est responsable.</p>

LEGIONELLES	<p>Les résultats des analyses de légionelles des années 2021 et 2023 ont été transmis. Les analyses de l'année N-1 sont manquantes.</p> <p>Les résultats d'analyses de légionelles du retour de boucle et du fond de ballon, ont été transmises pour l'année 2023. Pour l'année 2021, on note l'absence de résultats d'analyses de légionelles sur le fond de ballon.</p> <p>Les résultats d'analyses de légionelles transmises sont en dessous du seuil de détection de 10 ufc/L.</p> <p>Les analyses de températures montrent des températures supérieures à 50°C sur plusieurs points de prélèvement.</p>	<p>Écart 13 : L'établissement n'a pas fourni les analyses de légionelles de l'année N-1 (2022) ce qui contrevient à l'arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Cf Annexe 2).</p> <p>Écart 14 : Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur ce qui contrevient à l'arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Cf Annexe 2).</p> <p>Remarque 15 : La direction doit s'assurer que la température des points d'usage d'ECS des pièces destinées à la toilette soit inférieure à 50°C.</p>
-------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Récapitulatif des écarts et des remarques

Nbre	Référence	Ecart
Écart 7	Gestion des ressources humaines - 2.1.4.4	Les fiches de tâches des AVS, rattachées aux personnels ASH dans l'organigramme de l'établissement, comprennent des actes programmés qui ne relèvent pas de leur fonction ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.
Écart 8	Gestion des ressources humaines - 2.1.4.4	La fiche de tâches des ASH de nuit comportent des missions (toilettes, changes, distribution de médicaments) qui ne relèvent pas de leur qualification et du protocole d'organisation de la prise en charge médicamenteuse, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° et 3° du CASF.
Écart 13	Légionelles	L'établissement n'a pas fourni les analyses de légionelles de l'année N-1 (2022) ce qui contrevient à l'arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Cf Annexe 2).
Écart 14	Légionelles	Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur ce qui contrevient à l'arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Cf Annexe 2).

Nbre	Référence	Ecart
Écart 1	Conformité aux décisions de l'autorisation ou de la déclaration – 1.1.2.2	Au vu des documents transmis, l'établissement ne dispose pas d'un projet de service spécifique au PASA, ce qui contrevient à l'article D312-155-0-1 du CASF.
Écart 2	Management et Stratégie – 1.2.1.4	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF.

Écart 3	Management et Stratégie – 1.2.1.6	La mission ne peut s'assurer de la conformité légale du plan bleu de l'établissement ce qui contrevient à l'instruction interministérielle n° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022.
Écart 4	Management et Stratégie – 1.2.2.12	Les attestations de cadre et d'inscription à l'ordre infirmier de l'IDEC n'ont pas été transmises ce qui contrevient à l'article L4311-15 du CSP.
Écart 5	Management et Stratégie – 1.2.2.14	Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas suffisant au regard de la capacité de l'établissement ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.
Écart 6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables – 1.5.1.6	La mission constate un manque de maîtrise de la classification entre EI et EIG ce qui contrevient aux articles L311-8-1 et R331-8 à 10 du CASF.
Écart 9	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie – 3.1.1.1	D'après le RAMA 2022, Le médecin coordonnateur n'a pas été consulté lors de la procédure admission depuis 2018, ce qui contrevient à l'article D312-158 du CASF.
Écart 10	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie – 3.1.3.3	Les personnes accueillies ne participent pas à l'élaboration de la mise en pratique de leur projet d'accueil et d'accompagnement ce qui contrevient à l'article L311-3, °7 du CASF.
Écart 11	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie – 3.1.4.4	La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas en place dans l'établissement ce qui contrevient à l'article D312-153, 3° du CASF.
Écart 12	Sécurités – 2.5.4.3	La mission d'inspection s'interroge sur les différents types d'appels du système d'appel malade (appels, assistance, présence urgence, service et erreur). Référence : article L311-3 1° du CASF.

Nbre	Référence	Remarques
Remarque 1	Animation et fonctionnement des instances - 1.3.3.2	L'obligation d'information des dysfonctionnements, EI et EIG du CVS ne figure pas dans le règlement de fonctionnement.
Remarque 2	Gestion de la qualité - 1.4.1.7	Le PACQ transmis, faute d'indicateurs, ne permet d'analyser ni le niveau de réalisation de chaque objectif, ni les mesures correctrices mises en places.
Remarque 3	Gestion de la qualité - 1.4.3.2	L'établissement ne fait pas figurer le régime de protection des salariés déclarants dans le règlement de fonctionnement.
Remarque 4	Gestion des ressources humaines - 2.1.1.1	La direction n'a pas transmis de tableau des effectifs.
Remarque 5	Gestion des ressources humaines - 2.1.2.5	Le protocole ne prévoit pas un accompagnement par un pair.
Remarque 6	Gestion des ressources humaines - 2.1.4.2	La mission s'interroge sur la raison pour laquelle les tâches hebdomadaires apparaissent sur certaines fiches de tâches générales (pour les AVS du 2 ^{ème} et 4 ^{ème} étage).
Remarque 7	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie - 3.1.3.3	La procédure transmise ne précise pas qui est responsable de la coordination et du suivi des PAP.

Remarque 8

Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie – 3.1.4.5

La mission constate qu'à compter du 30 juin 2023 une trentaine de résidents ne seraient pas suivis par un médecin traitant libéral.

Remarque 9

Respect des droits des personnes – 3.2.3.1

La procédure de contention ne fait pas ressortir que la prescription médicale est obligatoire pour une procédure de contention.

Remarque 10

Respect des droits des personnes – 3.2.3.1

Les procédures de contention ne sont pas comptabilisées et analysées dans le RAMA.

Remarque 11

Soins – 3.8.2.5

L'établissement ne dispose pas de protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie.

Remarque 12

Coordination avec les autres acteurs – 4.2.1.2

L'établissement ne dispose pas de planning des interventions des personnels libéraux et paramédicaux.

Remarque 13

DASRI

La fréquence de collecte indiquée dans la convention est erronée.

Remarque 14

DASRI

Les bordereaux de suivi des DASRI (feuillelet n°1) dûment complétés doivent être disponibles au sein de l'établissement ; ils attestent de l'élimination des DASRI dont l'établissement est responsable.

Remarque 15

Légionelles

La direction doit s'assurer que la température des points d'usage d'ECS des pièces destinées à la toilette soit inférieure à 50°C.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD «Catherine Labouré», géré par «l'Association Monsieur Vincent» a été réalisé le 16 mai 2023 à partir des documents transmis par l'établissement.

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

GOUVERNANCE

1.Conformité aux conditions d'autorisation

- L'établissement est au-dessus du taux d'occupation cible au jour du contrôle

2.Management et Stratégie

- Le règlement de fonctionnement de l'établissement est conforme à la réglementation

3.Animation et fonctionnement des instances

- Le Conseil de la Vie Sociale de l'établissement est installé et se réunit régulièrement

4. Gestion de la qualité

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

FONCTIONS SUPPORT

1. Gestion des ressources humaines

- Les plans de développement des compétences de l'établissement sont complets et proposent des formations sur la bientraitance et la prise en charge de la personne âgée

PRISE EN CHARGE

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

- Une évaluation gériatrique est systématiquement faite pour les nouveaux résidents

2. Respect des droits des personnes

- Le livret d'accueil, le contrat de séjour et les documents remis au résident nouvellement admis permettent de le renseigner sur ses droits

3. Soins

- L'établissement assure un dépistage et un suivi régulier de la douleur

L'établissement assure un suivi nutritionnel, ainsi que des pesées, régulier pour les résidents

Elle a également relevé des dysfonctionnements en matière :

- GOUVERNANCE :

1.Conformité aux conditions de l'autorisation

- L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité.

2.Management et Stratégie

- Le diplôme de cadre infirmier et l'inscription à l'ordre infirmier de l'IDEC n'ont pas été transmises.
- Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas suffisant au regard de la capacité de l'établissement.

3.Gestion de la qualité

- Le PACQ transmis, faute d'indicateurs, ne permet d'analyser ni le niveau de réalisation de chaque objectif, ni les mesures correctrices mises en places.

4. Gestion des risques et de la qualité

- La mission constate un manque de maîtrise de la classification entre EI et EIG.

- FONCTIONS SUPPORT

5. Gestion des RH

- Les fiches de tâches des AVS, rattachées aux personnels ASH dans l'organigramme de l'établissement, ont des actes programmés qui ne relèvent donc pas de leur fonction.
- Certains ASH de nuit ont des missions inscrites sur leur fiche de poste qui ne relèvent pas de leur qualification.

- PRISES EN CHARGE

6. Respect du droit des personnes

- Les personnes accueillies ne participent pas à l'élaboration de la mise en pratique de leur projet d'accueil et d'accompagnement, à leur contrat de séjour ou à leur document individuel de prise en charge.

7. Risques environnementaux

- Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon 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 09/04/2024

Madame Sophie Pasquier
Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale
ARS Ile-de-France

Madame Fanny Reynaud
Chargée du contrôle des ESMS parisiens
Ville de Paris



Sylvie DRUGEON



Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



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

Sous-direction de l'Autonomie
Direction 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

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

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

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

Madame Sylvie DRUGEON, 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 9 mai 2023

Mesdames, Monsieur,

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

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

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

64-60 Quai de la Rapée
75012 Paris
Tél : 01 42 47 77 77
paris.fr

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur pièces de l'EHPAD « Résidence Catherine Labouré » (FINESS géographique 750800518) situé 77 rue de Reully, 75012 PARIS, géré par l'association Monsieur Vincent, qui sera mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

Ce contrôle, diligent 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 ;
- Les risques environnementaux.

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 :

- Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Directions des solidarités, désignée 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 mardi 9 mai. 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



Tanguy BODIN

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



Servanne JOURDY

Annexe 2 : Liste des documents demandés

Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces Catherine Labouré

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
Liste nominative des résidents admis à la date du contrôle avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance, leur date d'entrée, la date du dernier PAI, le bénéfice éventuel de l'aide sociale, le type de la protection juridique éventuelle (Excel)	OUI
Règlement de fonctionnement	OUI
Plan des locaux de l'établissement	OUI
Projet d'établissement	OUI
Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)	OUI (partiellement)
Organigramme	OUI
Diplôme du directeur de l'EHPAD	OUI
Contrat de travail du directeur de l'EHPAD	OUI
Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	OUI
Procédures et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)	OUI
Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois	OUI
Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	OUI
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	Partiellement
MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, 3 derniers bulletins de salaires	OUI
Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS	OUI
Les comptes rendus des CVS N et N-1	OUI
Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation	OUI
Dernière évaluation externe	OUI
Dernière évaluation interne	OUI
Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2	Partiellement (2022)
Registre des plaintes et réclamations	OUI
Les trois dernières réclamations et leur traitement	OUI
Procédure de gestion des événements indésirables	OUI
Procédure de déclaration externe des dysfonctionnements graves	OUI
Liste des signalements à l'ARS et/ou Ville de Paris	OUI
Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les deux derniers EIG	NON
Registre du personnel N-1 & N-2	OUI
Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	NON
Plan de développement des compétences (formation) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1	OUI
Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)	OUI
Tableau du personnel des unités PASA ou UHR (excel)	NC
Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit	OUI

38/39

Une fiche de tâches heurées, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AMP, AES, ASG, IDE	OUI
Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	NON
Procédure d'admission des résidents	OUI
Les 2 derniers CR et feuilles d'émargement de la commission de coordination gériatrique	NON
Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	OUI
Relevé des appels malade du mois M-1	OUI
Procédure d'élaboration et d'actualisation du PAI	OUI
Livret d'accueil du résident	OUI
Contrat de séjour d'un résident et ses annexes	OUI
Procédure relative aux contentions	OUI
RAMA	OUI
Convention pharmacie EHPAD	OUI
Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	OUI
Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	OUI
Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	NON
Le fichier EXCEL avec les éléments sur les évaluations dont a bénéficié chaque résident présent dans la structure à la date du contrôle, le relevé annuel exhaustif des pesées et des IMC pour chaque résident présent dans la structure à la date du contrôle	OUI
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	Partiellement
Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	OUI
La fiche récapitulative (FR) du dossier technique amiante (DTA)	Néant
La convention de collecte avec prestataire des DASRI	OUI
Les bordereaux de suivi des DASRI (cerfa 11351*04 - feuillet n°1) des 6 derniers mois dans le cadre des conventions de collecte sans regroupement OU les bons de prise en charge accompagnés des bordereaux de suivi des DASRI (cerfa 11352*04 - feuillet n°1) correspondants des 6 derniers mois dans le cadre des conventions de collecte avec regroupement	Partiellement
Les analyses légionnelles 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) ; un plan du réseau pourra être joint	Partiellement

