

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Les Arcades » 116 avenue Daumesnil, 75012 Paris N° FINESS 75 000 336 0	
<u>RAPPORT DE CONTRÔLE</u> N° 2023_IDF_00211 Contrôle sur pièces du 25/ 08 /2023	
<u>Mission conduite par</u> -Madame Christel ROUGY, coordonnatrice de la mission d'inspection, ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris -Madame Diana DINU, chargée de mission personnes âgées, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France -Madame Dominique GRUJARD, chargée du contrôle des ESMS Parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville 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, ARS Ile-de-France -Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France	
<u>Textes de référence</u>	- 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
Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS).....	14
Gestion des ressources humaines	19
Prises en charge.....	26
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	26
Respect des droits des personnes	29
Soins.....	30
Coordination avec les autres secteurs.....	32
Conclusion	39
Glossaire.....	40
Annexe 1 : lettre de mission des agents chargés du contrôle	41
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	43

Synthèse

<u>Données générales sur l'établissement</u>			
Nom	Les Arcades	Capacité hébergement permanent	97
Adresse	116 avenue Daumesnil	Places habilités aide sociale	0
Arrondissement	75012	Présence d'une UVP	Oui
Gestionnaire	Korian	Places en UHR	0
Statut juridique	Privé à but lucratif	Places en PASA	0
L'établissement a signé un CPOM le 1er juin 2019.			
<u>Eléments déclencheurs de la mission</u> Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC). 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).			
<u>Méthodologie suivie et difficultés rencontrées</u> Le contrôle a été réalisé le 25 août 2023 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé le 18 août 2023. La délégation départementale de l'ARS et la ville de Paris ont été informés du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision. L'analyse a porté sur les constats faits uniquement sur pièces. La quasi-totalité des documents demandés a été transmise par la Direction de l'établissement et dans les délais impartis. Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et les principaux points forts et remarques ont porté sur les thématiques suivantes :			
<u>Points positifs de l'établissement relevés par la mission</u> - Le projet d'établissement couvre une période allant jusqu'en 2027 et est très complet. - Le médecin coordonnateur est présent au sein de la structure au-delà du temps prévu par la réglementation. - Le CVS est en place dans l'établissement. - Les procédures d'admission des résidents intègrent les évaluations complètes de l'état de santé du résident.			
<u>Principaux écarts et remarques constatés par la mission</u> <u>L'établissement est concerné par 15 écarts et 17 remarques</u> Ecarts : - Des EIG mentionnés dans le tableau des EIG n'ont pas été signalés aux autorités de tarification ce qui contrevient à l'article L.311-8 CASF. - Des auxiliaires de vie assurent des missions de soignants ce qui contrevient à l'article D.312 - 155 – 0 du CASF. - Il manque 1 ETP d'IDE dans l'effectif ce qui ne permet pas d'assurer une qualité de prise en charge aux résidents et qui contrevient aux dispositions des articles D.312-155-0, II et L.311-3 3° du CASF. - Le nombre de formations aux gestes d'urgence ne permet pas de garantir le renouvellement des AFGSU de tous les personnels, ce qui ne permet pas de garantir suffisamment la sécurité des résidents et qui contrevient à l'article L.311-3, 1° du CASF. - Le personnel absent n'est pas systématiquement remplacé ce qui fragilise la prise en charge des résidents et contrevient à l'article L.311-3, 1° du CASF.			

- L'établissement ne procède pas à la mise à jour annuelle des PAI ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge individualisée ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
- Plusieurs résidents ne disposent pas d'un médecin traitant, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 3° du CASF.
- Les documents concernant les appels malades n'ont pas été transmis par l'établissement ce qui ne permet pas de garantir la sécurité des résidents et contrevient à l'article L311-3 du CASF.
- L'administration des médicaments en cas d'absence de l'IDE et l'aide à la prise de médicaments n'est pas organisée dans la procédure ce qui contrevient à l'article R4311-3 du CSP et à l'article L311-26 du CASF.
- Les résidents ne bénéficient pas tous d'une évaluation de la douleur par an ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP.
- L'EHPAD n'a pas transmis d'information concernant le poids des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3-3° du CASF car en l'absence de ces documents la mission ne peut s'assurer que l'EHPAD assure une prise en charge de qualité aux résidents.
- La convention de collecte DASRI de l'établissement est obsolète ce qui contrevient à l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques.
- Les bons de prise en charge correspondants aux bordereaux de suivi des DASRI n'ont pas été transmis ce qui contrevient à l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques.

Remarques :

- Le format du projet d'établissement s'apparente à un outil de pilotage du groupe et de suivi des actions stratégiques et ne facilite pas l'appropriation par le personnel ou les résidents de l'établissement. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement n'apparaissent pas suffisamment clairement.
- L'absence d'IDEC fragilise la coordination entre les professionnels soignants et limite l'évaluation des bonnes pratiques en matière de soins et de promotion de la bientraitance.
- Les documents transmis concernant le CVS sont incomplets
- La charte de bientraitance n'a pas été transmise à la mission et la politique de formation sur la bientraitance est peu visible.
- La procédure sur le signalement ne détaille pas les situations de violence ou harcèlement sexuels.
- Le tableau des réclamations ne permet pas de connaître les réponses apportées aux réclamations des résidents ou leur entourage ni leur analyse.
- La culture en matière de signalements des EI et des EIG au sein de l'établissement n'est pas garantie.
- La procédure d'accueil du nouveau salarié ne présente pas les règles de fonctionnement de l'établissement ce qui contrevient aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur la bientraitance.
- Les fiches de tâches hebdomadaires du personnel soignant n'ont pas été transmises ce qui ne permet pas de vérifier l'organisation du travail et les conditions de collaboration des professionnels.
- Absence de signature de l'installation de regroupement sur les bordereaux de suivi des DASRI.
- Le nombre de prélèvements aux points d'usage de l'eau chaude sanitaire, en vue des analyses « légionelles », est assez faible au vu de la taille de l'établissement.
- La direction doit s'assurer que l'ensemble des mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) sont réalisées régulièrement.
- La direction doit s'assurer que la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette. La température du point de départ de l'ECS doit être au-dessus de 50°C.

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 «Les Arcades», situé au 116 avenue Daumesnil, 75012 Paris, FINESS n°75 0003360, 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 25 août 2023, avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 18 août 2023. Un e-mail a été transmis à la direction le 18 août 2023 auquel étaient joints :

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

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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 116 avenue Daumesnil 75012 Paris, l'EHPAD les Arcades est géré par Korian dont le siège social se situe au 21, 23, 25 rue Balzac à Paris 8 (75008).

Ouvert le 24 juillet 1997, l'EHPAD les Arcades dispose de 97 places en hébergement permanent.

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

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

Les 89 résidents présents le jour du contrôle étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
Les Arcades 25/08/2023	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
IDF ² 2021	14,29%	40,31%	19,51%	17,92%	2,78%

Le budget de fonctionnement (hors hébergement, car non communiqué par l'établissement) est de 2 519 054,27 € en 2023, dont 636 646,00 € au titre de la dépendance et 1 882 408, 27 € au titre du soin.

Le CPOM a été signé le 1er juin 2019. Ses principaux objectifs sont les objectifs généraux des CPOM signés avec l'ARS et la Ville de Paris :

Objectif 1 : Renforcer la coordination des soins afin de :

- réduire les hospitalisations évitables,
- renforcer la prise en charge en soins palliatifs.

Objectif 2 : Améliorer :

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

Objectif 3 : Fidéliser les personnels et stabiliser les équipes soignantes.

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

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

L'EHPAD participe à l'expérimentation suivante :

-IDE de nuit

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	Les Arcades		
Nom de l'organisme gestionnaire	KORIAN		
Numéro FINESS géographique	750003360		
Numéro FINESS juridique	250018611		
Statut juridique	Privé à but 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	85	85
	HT ⁴	12	
	UVP ⁵	29	
	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	0		

³ Hébergement permanent⁴ Hébergement temporaire⁵ Unité de vie protégé / unité protégé⁶ 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 : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire ;

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.1.1.2	La conformité aux conditions de l'autorisation Au 18 aout 2023, l'établissement accueille 89 résidents. Le taux de présence est de 91%. L'établissement dispose de 85 places d'hébergement permanent dont 29 places en unité de vie protégée et de 12 places en hébergement temporaire. L'établissement n'est pas habilité à l'aide sociale et ne dispose pas d'un PASA.	
1.1.2.2	PASA/UHR/Hébergement temporaire Le projet d'établissement 2022-2027 prévoit les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'accueil temporaire et de l'unité de vie protégée dans ses annexes. Pour l'unité protégée appelée « espace Aloïs » l'annexe 9 précise les critères d'entrée : - Troubles cognitifs et du comportement avec risque de sortie à l'insu, - Troubles du comportement notamment avec déambulation nocturne. L'annexe 9 bis dédiée à l'accueil temporaire stipule que les séjours peuvent durer de 2 jours à 6 mois.	
1.1.3.1	Le classement par GIR	

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le règlement de fonctionnement	
1.2.1.1	L'établissement a transmis à la mission un règlement de fonctionnement rédigé à la date du 1er janvier 2018 et mis à jour le 24 septembre 2019.	
	Le contenu du règlement de fonctionnement	
	Son contenu aborde l'ensemble des dispositions obligatoires prévues dans le CASF : - 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, - sûreté des personnes et des biens, - 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, Il est donc conforme à la réglementation en vigueur. Il est précisé que le règlement de fonctionnement doit faire l'objet d'un affichage dans l'établissement.	
1.2.1.2		
	Le projet d'établissement	
1.2.1.4	Le projet d'établissement couvre 5 années de 2022 à 2027. Finalisé en février 2023, il est signé par le directeur de l'établissement et la direction régionale du groupe. Élaboré avec la participation des collaborateurs lors de groupes de travail de décembre 2021 à janvier 2023, les membres du CVS ont également contribué à sa construction notamment lors de la séance du 19 octobre 2021.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le projet d'établissement a été soumis à l'avis du CVS avant transmission aux autorités de tarification. Il est par ailleurs diffusé à l'ensemble des collaborateurs et mis à disposition du public à l'accueil de l'établissement.	
1.2.1.5	Le contenu du projet d'établissement L'établissement bénéficie de l'expertise et de l'accompagnement du groupe pour construire le projet d'établissement élaboré en lien avec le manuel qualité. Le document ainsi rédigé renvoie à des fiches classées en annexe et présente 5 axes stratégiques de l'établissement sous forme de tableaux. Les tableaux font référence à des « Processus mobilisés » dont le classement par thème n'est pas expliqué dans ce document (Exemple : N° 9 : Prise en soin et droits des résidents en fin de vie). Le volet relatif aux soins palliatifs attendu dans le projet général de soins pour l'application du projet d'établissement conformément à l'article D311-38 du CASF n'est pas clairement identifiable. Pour comprendre chaque fiche il faudrait lire en parallèle le manuel qualité. La lecture de ce document manque de lisibilité. Ce document s'apparente plus à un outil de pilotage et de suivi des actions stratégiques et les modalités d'organisation et de fonctionnement n'apparaissent pas clairement.	Remarque 1 : Le format du projet d'établissement s'apparente à un outil de pilotage du groupe et de suivi des actions stratégiques et ne facilite pas l'appropriation par le personnel ou les résidents de l'établissement. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement n'apparaissent pas suffisamment clairement.
1.2.1.6	Le plan bleu La 10ème version du plan bleu a été transmise à la mission. La dernière mise à jour date du 4 mai 2023. Très complet, il prévoit les modalités d'organisation à mettre en œuvre selon les différents risques en conformité avec l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
La direction		
1.2.2.1	Le directeur de l'établissement a signé un contrat en CDI	Remarque 2 : L'organigramme ne présente pas les liens hiérarchiques et fonctionnels.
1.2.2.6	fiche de fonction du groupe mise à jour le 15 mai 2018.	
1.2.2.7	Un organigramme mis à jour le 24 août 2023 a été transmis. Il mentionne les noms et ETP des salariés. Il ne précise pas les liens hiérarchiques et fonctionnels.	
	Les astreintes	
1.2.2.8	Une procédure décrit les conditions possibles pour réaliser des astreintes dans le cadre de l'accord de branche du 27 janvier 2000 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail. Les plannings transmis sur 3 mois démontrent que les astreintes sont portées par les cadres. Les astreintes techniques ne sont pas présentées.	
	Les délégations	
1.2.2.10	Le document de délégation établi entre le directeur régional et le directeur d'établissement est signé des 2 parties à la date du 1er février 2022 pour 5 ans renouvelable. Il s'agit d'une délégation de pouvoir et de signature permettant au directeur d'assurer la gestion et l'animation de l'établissement ainsi que le suivi de la gestion du personnel tant sur le plan administratif que disciplinaire.	
	L'infirmier Coordonnateur (IDEC)	
1.2.2.12	La direction informe la mission que le poste d'infirmier coordonnateur est vacant dans l'établissement, mais qu'un processus de recrutement est en cours. D'après le tableau des effectifs transmis, le poste serait vacant depuis le 16 avril 2023.	Remarque 3 : L'absence d'IDEC fragilise la coordination entre les professionnels soignants et limite l'évaluation des bonnes pratiques en matière de soins et pour promouvoir la bientraitance.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le médecin coordinateur (MedCo)	
1.2.2.14	Un médecin coordinateur est présent dans l'établissement en CDI depuis le 24 juillet 2023. L'organigramme précise qu'il est présent dans l'établissement à hauteur de 0,8 ETP ce qui est conforme à la réglementation.	
	Qualifications du médecin coordinateur	
1.2.2.15	Il possède une qualification de médecine générale ainsi qu'une capacité en médecine d'urgence. Il détient une fiche métier décrivant ses missions.	

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le conseil de vie sociale	
1.3.3.1	L'établissement a transmis 2 comptes rendus de CVS pour l'année 2022 et 2 pour l'année 2023. Le CR de mars 2023 évoque le CR de décembre 2022 qui n'a pas été adressé à la mission. Les documents reçus ne sont pas complets, il manque les pages verso de 2 des CR ce qui réduit leur compréhension. Les CR ne sont pas tous élaborés avec la même rigueur : - Les membres présents ne sont pas systématiquement indiqués, - 1 seul contient un ODJ, - Ils ne sont pas tous signés.	Remarque 4 : Les documents transmis (CR CVS et règlement intérieur du CVS) sont incomplets.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Toutes les pages du Règlement intérieur du CVS n'ont pas été transmises à la mission, il manque le verso du document. On lit toutefois sur la première page que les élections ont eu lieu le 8 mars 2023 dans l'établissement. Le document se réfère au nouveau décret du 25 avril 2022. Le CR du 31 mars 2023 stipule que « le Règlement intérieur a été transmis aux membres présents du CVS et sa signature est reportée au prochain CVS ». D'après ce compte rendu, le nombre de personnes représentant les résidents et les familles est supérieur à la moitié des membres total du conseil. Il précise également que le président du CVS a été élu lors de cette séance.	
1.3.3.2	L'information des événements et réclamations Le bilan annuel sur les réclamations familles ainsi que les déclarations d'événements est présenté aux membres du CVS ainsi que les thématiques et les mesures engagées.	

Gestion de la qualité

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.4.1.7	La démarche qualité Le document transmis par l'établissement est le plan de continuité d'activité et non le plan d'amélioration de la qualité. La mission ne peut évaluer les prestations dans l'amélioration continue de la qualité.	Ecart 1 : L'établissement n'a pas fourni de plan d'actions en matière d'amélioration continue de la qualité ce qui contrevient à l'article L312-8 du CASF.
1.4.2.1	Les évaluations externe et interne L'évaluation externe date de décembre 2014 et l'évaluation interne de décembre 2013. L'établissement a transmis l'arrêté n° 2023 du 27 février 2023 portant sur la programmation des évaluations de la qualité des ESMS. La transmission du prochain rapport d'évaluation est fixée au second semestre 2024	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.4.3.1	La promotion de la bientraitance Le projet d'établissement précise que l'établissement est engagé dans une démarche de promotion de la bientraitance pilotée par la direction de l'établissement qui vise à mobiliser l'ensemble des collaborateurs. Une fiche action décline les actions à mettre en œuvre : - Animer la commission éthique et bientraitance qui se réunit 4 fois par an incluant familles résidents et professionnels). La référente bientraitance est la psychologue de l'établissement. - Programmation de formations sur la bientraitance par le Medec ou la psychologue. - Intervention d'associations dans le domaine de la bientraitance. Il mentionne également la charte bientraitance qui est remise à tous les professionnels. Cette charte n'a pas été communiquée à la mission. Le livret d'accueil du résident comporte un paragraphe sur la bientraitance et les coordonnées du numéro national 3977 et du numéro parisien ALMA. Il mentionne la possibilité pour les résidents d'en parler aux membres de l'équipe de soins, ou à la Direction. Le plan de formation 2022 transmis n'indique aucune formation sur la bientraitance, mais des sessions sur la prévention de l'agressivité ont été suivies en 2022 et programmées en 2023.	Remarque 5 : La charte de bientraitance n'a pas été transmise à la mission et la politique de formation sur la bientraitance est peu visible.
1.4.3.2 1.4.3.3.	Les situations de violence Il n'existe pas de procédure spécifique aux situations de violences, harcèlements sexuels ni en cas d'agression. Une procédure générale sur le signalement et traitement d'un événement indésirable décrit le circuit de signalement et de traitement d'un événement indésirable survenu dans l'établissement. Le projet d'établissement indique que « face à des faits caractérisés un signalement au procureur de la république est opéré. ». La procédure alerte, signalement et suivi des EIG/EIGAS stipule que « en fonction de l'EIG, un signalement à d'autres autorités devra être réalisé également (procureur de la république, conseil de l'ordre des médecins ou infirmiers, etc.) ».	Remarque 6 : La procédure sur le signalement ne détaille pas les situations de violence ou harcèlement sexuels.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	En 2022, l'établissement a saisi 2 fois le Procureur de la République, une fois dans le cadre d'un EIG pour une situation de maltraitance, le second cas correspondait à un signalement dans le cadre d'une mesure de protection.	

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.5.1.1	Les enquêtes de satisfaction Des enquêtes de satisfaction sont réalisées chaque année, l'établissement a transmis les résultats des années 2022 et 2021. Les plaintes et réclamations Les plaintes des résidents ou entourage sont transmises via des échanges oraux ou téléphonique ou par mail. Elles sont répertoriées dans un tableau d'enregistrement et de suivi. En 2022, 8 réclamations sont enregistrées et clôturées, en 2023, au jour de l'inspection 11 réclamations sont répertoriées dont 8 en cours de traitement. Le tableau comporte une colonne « Numéro de l'EIG », elle n'est jamais remplie. La mission s'interroge sur la qualification des plaintes dont certaines pourraient être des EI ou des EIG. Ce tableau ne présente pas les éléments ayant permis de répondre à la réclamation. Le CR du CVS du 14 février 2022 présente le bilan des réclamations des familles mais ne précise pas comment la réponse parvient aux réclamants.	Remarque 7 : Le tableau des réclamations ne permet pas de connaître les réponses apportées ni leur analyse.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La mission constate que cette colonne comporte une formule générique « Merci de votre déclaration, le signalement a été pris en compte », et les colonnes analyse des causes de survenue et fiche de RETEX post crise ne sont jamais renseignées. Sur les 2 RETEX adressés, la mission constate que les personnes présentes n'ont pas été témoins des faits. Le document précise cependant « Il est recommandé de faire participer des témoins de l'EIG (intervenants extérieurs, salariés) à la réalisation de l'analyse, soit directement, soit indirectement en réalisant un entretien préalable. » Les mesures préventives ou correctives sont mises en place cependant la mission n'a pas pu vérifier si ces mesures sont incluses dans le PACQ. Sur l'année 2023 : 5 EIG ont été recensés (1 EIG concerne une violence grave entre résidents, un deuxième une disparition inquiétante, un troisième des dysfonctionnements électriques, les 2 autres ayant trait à des déclarations de cas de COVID ou Gastro entérite). 26 EI sont enregistrés, cependant certains relèvent de la qualification d'EIG : disparition inquiétante, erreur d'administration médicamenteuse... Sur ces 5 EIG, 1 seul a été transmis à la VDP. La mission constate que les EIG sont transmis sur une mauvaise adresse mail de la VDP.	Remarque 9 : La boîte mail utilisée pour transmettre les EIG à la VDP n'est pas la bonne.

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS

Observations ou commentaires

Constat E/R

2.1.1.1

La composition de l'équipe pluridisciplinaire

L'équipe se compose de la façon suivante :

Corps de métier	Agent	ETP	Observation
Directeur			
Adjoint de Direction			
Directeur Adjoint			1 vacant
Assistante / Secrétaire			1 écart
Stagiaire de direction			1 écart

Ecart 3 : Des auxiliaires de vie assurent des missions de soignants ce qui contrevient à l'article D.312-155-0 du CASF.

Ecart 4 : Il manque 1 ETP d'IDE dans l'effectif ce qui ne permet pas d'assurer une qualité de prise en charge aux

19/44

N°IGAS	Observations ou commentaires		Constat E/R
Responsable Hébg		1 congé parental	résidents et qui contrevient aux dispositions des articles D.312-155-0, II et L.311-3 3° du CASF.
Animateur			
Agent Technique			
Chef Cuisinier			
Cuisinier			
Plongeur			
Gouvernante		1 vacant	
ASH Jour		0,5 ETP CLM + 1 Vacant	
ASH service en salle			
Lingère			
Psychologue			
Psychomotricien		0,5 Vacant	
Ergothérapeute		0,5 Vacant	
ASDE Jour		2 CLM dont 1 remplacé	
ASDE Nuit			
AMP Jour			
AMP Nuit			
AVS en formation			
IDE Cadre		1 vacant	
IDE Jour		2 vacants	
Médecin			
Total	58	64,8	
Source : tableau de suivi des effectifs réels et à pourvoir			
L'établissement a transmis un organigramme nominatif et comportant les ETP au jour du 24 août 2023. Les effectifs s'élèvent à 64,8 ETP, 58 personnes étaient en poste. 8 postes sont à pourvoir représentant 7 ETP soit 10,8% des effectifs. L'animatrice est en congé parental non remplacé et sur les 5 absences pour longue maladie seuls 2 postes sont remplacés.			
8 AVS en formation sont identifiées, il s'agit d'ASH faisant fonction d'AS. Sur les 8, 2 sont planifiées dans le plan de formation pour réaliser la formation d'AS en VAE. Ces personnels ne sont pas considérés comme faisant partie de l'équipe pluridisciplinaire décrite à l'article D. 322-155-0 du CASF.			
La mission informe l'établissement que pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents au regard de l'effectif soignant de l'établissement actuellement en poste, elle se base sur un			

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	effectif minimal de soignants requis calculé sur des critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du CPOM. Les critères retenus prennent en compte la dernière coupe AGGIR/PATHOS pour définir la charge en soins et dépendance de l'établissement et le nombre de places en hébergement permanent autorisées. Evaluation quantitative des effectifs soignants présents (critères CPOM) : nb d'ETP rémunérés correspond aux besoins (basée sur formule utilisée dans les CPOM pour déterminer le financement) $\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{GMP établissement valide})}{\text{nb d'ETP (AS + AES)}} = R_{\text{GMP}}$ Si $R_{\text{GMP}} > 3200 \Rightarrow$ nb ETP AS/AES est insuffisant $\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{PMMP établissement valide})}{\text{nb d'ETP IDE}} = R_{\text{PMMP}}$ Si $R_{\text{PMMP}} > 4300 \Rightarrow$ nb ETP IDE est insuffisant Par ailleurs, la mission considère que pour assurer la continuité des soins, et a fortiori, la qualité des soins, la stabilité des effectifs soignants est indispensable et repose notamment sur la présence d'agents en CDI majoritairement dans l'effectif financé par la dotation soins. Selon ces critères, le besoin minimum en ETP soignants de l'établissement est de 18,56 AS/AES et 5,19 IDE. S'agissant de l'effectif d'IDE : l'établissement est non conforme. [REDACTED] S'agissant de l'effectif AS/AES/AMP : l'établissement est conforme en quantité et non conforme en qualité. • En quantité : l'établissement dispose de 1 ETP d'AS/AMP en CDI, ce qui est supérieur aux besoins minimum. • En qualité : hormis les AS/AMP, l'établissement affecte 1 ETP d'AVS en formation pour la prise en charge soins des résidents. Ces personnels sont non-qualifiés, puisqu'ils ne disposent pas des diplômes d'Etat exigés par l'article D.312-155-0, II du CASF ; l'établissement contrevient ainsi à l'article précité.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	En affectant du personnel non-qualifié au soins des résidents, l'établissement n'est pas en mesure de répondre à son obligation de leur assurer un accompagnement de qualité, ce qui contrevient à l'article L.311-3 3° du CASF. En conclusion : au sens des critères de calcul du CPOM de l'ARS IDF, la mission constate qu'il manque 1 ETP dans l'effectif IDE de l'établissement. Elle constate la présence de personnel non-qualifié (8 ETP d'AVS) dans l'effectif AS/AES/AMP. Aussi, de ces constats, la mission statue que l'établissement n'est pas en mesure de répondre à son obligation d'assurer une qualité de prise en charge à ses résidents ; ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0, II et L.311-3 3° du CASF.	
2.1.1.3	Absentéisme et rotation du personnel Les chiffres ANAP renseignés par l'établissement sont : Pour la campagne 2022 : -Taux d'absentéisme : 20,41% (médiane départementale : 12,01%/régionale : 12,21%/nationale : 11,94%) -Taux de rotation du personnel : 12% (médiane régionale : 13,52%/régionale : 13,54%/nationale : 13,54%) Pour la campagne 2021 : -Taux d'absentéisme : non disponible -Taux de rotation du personnel : 16,44% (médiane départementale : 14,63%/régionale : 14,17%/nationale : 12,5%) Si le taux de rotation du personnel de l'établissement est repassé en-dessous des médianes pour la campagne 2022, le dernier taux d'absentéisme de la structure est bien supérieur à toutes les médianes.	Remarque 10 : Le taux d'absentéisme de l'établissement pour la campagne 2022 est bien supérieur aux médianes de la même année.
2.1.1.6	Le recours au CDD Le registre du personnel de 2021 et de 2022 répertorie la nature des contrats signés durant ces 2 années. La mission dénombre ainsi [REDACTED] contrats en CDD sur l'année 2021 et [REDACTED] CDD en 2022 majoritairement sur des emplois d'aide-soignant, d'auxiliaire de vie et d'IDE.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La formation Les plans de formation des années 2022 et 2023 ont été adressées à la mission. Celui de 2022 ne permet pas de voir à quel professionnel les formations s'adressent. On peut identifier une formation sur les gestes d'urgence, mais sans connaître le nombre de personnel formés, une formation sur le circuit du médicament, sur l'agressivité et la gestion des conflits la majorité des autres formations portent sur des formations techniques ou d'accueil et relation client. La planification 2023 indique la formation aux gestes d'urgence pour 5 salariés ce qui n'est pas suffisant pour assurer la mise à jour tous les 4 ans de l'ensemble du personnel. La prise en soin de personnes atteintes de psychopathologies pour 6 salariés, les thérapies comportementales pour 1 salarié, variation de textures pour 2 salariés, des formations techniques ou sur l'organisation du travail également, mais aussi les 2 VAE accélérées pour 2 ASH. Les plans de formations transmis ne font pas état des formations conduites en interne. Le RAMA 2022 annonce 23 Formations internes dispensées sans en expliquer les thématiques.	Ecart 5 : Le nombre de formations aux gestes d'urgence ne permet pas de garantir le renouvellement des AFGSU de tous les personnels, ce qui ne permet pas de garantir suffisamment la sécurité des résidents et qui contrevient à l'article L.311-3, 1° du CASF. Remarque 11 : Les plans de formations transmis ne font pas état des formations conduites en interne.
2.1.2.5	Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels L'établissement a transmis une procédure d'entrée du collaborateur sur l'établissement, elle vise à assurer l'accueil administratif du candidat recruté ainsi que la commande et la remise du matériel nécessaire à sa prise de poste. Elle précise la remise d'une fiche de poste contre signature ainsi que du livret d'accueil. Elle stipule également que le responsable hiérarchique veille à guider le collaborateur dans ses premiers pas. Parmi les documents transmis, la mission ne peut identifier comment l'accompagnement du nouveau professionnel s'organise (tutorat, soutien par un pair...) ni comment les règles de fonctionnement de l'établissement lui sont présentées.	Remarque 12 : La procédure d'accueil du nouveau salarié ne présente pas les règles de fonctionnement de l'établissement ni d'accompagnement de celui-ci à sa prise de poste.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R																																																		
	L'organisation du travail Les plannings sont élaborés mensuellement par corps professionnel. Les horaires varient selon les catégories professionnelles. Les jours de repos sont adaptés selon les cycles de travail. Il est impossible pour la mission de déterminer les effectifs présents dans l'établissement le jour de l'inspection. Les chiffres indiquant les « présents » et les Remplacements/renfort » ne sont pas cohérents tels ces exemples où à même effectif, les données sont différentes : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td>D439</td><td>D439</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>JRHE</td><td>JRHE</td></tr><tr><td></td><td>D439</td><td>D439</td><td>J000</td><td>J000</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>D439</td><td>D439</td></tr><tr><td></td><td>FHE5</td><td>FHE5</td><td>J000</td><td>J000</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>JRHE</td><td>JRHE</td></tr><tr><td></td><td>FHE5</td><td>FHE5</td><td>D439</td><td>D439</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Présents</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>2</td></tr><tr><td>Remplacements/ renfort</td><td></td><td></td><td>2</td><td>2</td></tr></table> Concernant les effectifs affectés au soins, les AS sont renforcés par : - des faisant fonction d'AS, il s'agit d'ASH en formation (non inscrites dans le parcours de VAE), ASH, Apprenties, - des Axillaires de vie en formation : Apprentie, AES/AVS, ASH en formation en CDD. La répartition des tâches L'établissement a transmis les fiches de tâches heures des ASH, ASH référente, lingère, serveur et AS et informe la mission que les fiches de postes heures des personnels soignants sont en cours d'élaboration. La mission ne peut étudier comment se répartissent les missions entre les missions des AS/AES/AMP/Aux de vie ni voir l'organisation du travail des IDE.				D439	D439				JRHE	JRHE		D439	D439	J000	J000				D439	D439		FHE5	FHE5	J000	J000				JRHE	JRHE		FHE5	FHE5	D439	D439						Présents	1	2	3	2	Remplacements/ renfort			2	2	Remarque 13 : Les fiches de tâches heures du personnel soignant n'ont pas été transmises ce qui ne permet pas de vérifier l'organisation du travail et les conditions de collaboration des professionnels.
			D439	D439																																																
			JRHE	JRHE																																																
	D439	D439	J000	J000																																																
			D439	D439																																																
	FHE5	FHE5	J000	J000																																																
			JRHE	JRHE																																																
	FHE5	FHE5	D439	D439																																																
Présents	1	2	3	2																																																
Remplacements/ renfort			2	2																																																
2.1.4.5																																																				
2.1.4.2 2.1.4.4																																																				

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Ces fiches de tâches permettent de décrire le déroulé de la journée, elles précisent les horaires de travail, décrivent les missions ou les tâches, sont soumises à signature pour certaines d'entre elles. Seule la fiche de tâches des ASH précise comment signaler un dysfonctionnement d'ordre technique. Les fiches de tâches des Aides-soignants présentent le déroulé de la journée par étage. Ces fiches comportent des consignes personnalisées nominatives se rapportant aux habitudes de vie des résidents. Les horaires de travail indiqués sur ces fiches (8h15 – 19h45) ne correspondent pas aux horaires du planning (8h – 20h). La mission note sur les plannings du personnel faisant fonction AS dont la qualification actuelle est diversifiée : ASH/AVS en formation AS, APPRENTI/E ASDE, AGENT/E DE SERVICE HOTELIER et s'interroge sur la répartition des tâches entre ces professionnels. Aucun document ne permet à la mission de voir les conditions de collaboration entre les AS/AMP et les IDE et de déterminer si des glissements de tâches existent dans l'organisation du travail et impactent la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents.	
2.1.4.7	L'organisation en cas d'absence inopinée Un document intitulé « politique de remplacement » datant de 2019 a été transmis à la mission. Il indique que le remplacement pour le personnel soignant de nuit est de 100% de remplacement. La politique de remplacement est basée sur le taux d'occupation de l'établissement : - Si TO supérieur à 95 % : recours à heures supplémentaires auprès de salariés à temps partiels, présents sur site ou en repos ou bien aux vacataires habituels. - Si TO inférieur à 95 % : la procédure prévoit de remplacer à 100 % les IDE, mais de ne pas remplacer les AS/AMP/Auxiliaires en formation si le nombre de toilettes est inférieur à 10 toilettes par soignant, dans le cas contraire, la règle du TO supérieur à 95% s'applique.	Ecart 6 : Le personnel absent n'est pas systématiquement remplacé ce qui fragilise la prise en charge des résidents et contrevient à l'article L311-3, 1° et 3° du CASF.
2.1.4.10	Les équipes de nuit Les équipes de nuit sont constituées de AS et de AMP toutes en CDI. Les plannings présentent une organisation de travail des équipes de nuit reposant sur un roulement sur 15 jours. Le rythme de travail : 4j travaillés, 1 jour de repos, 3 jours travaillés, 2 jours de repos, 3 jours travaillés, 1 jour de repos.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le planning prévisionnel de septembre prévoit de 3 à 6 personnels par nuit. Les prises de postes s'étalent entre 19h30 et 20h15.	

Prises 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 La procédure d'admission est décrite dans le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour. Un entretien avec le résident est réalisé avant l'admission afin d'informer le résident de ses droits et notamment de la possibilité de désigner une personne de confiance, de rédiger les directives anticipées. Le compte-rendu de cet entretien est porté au dossier du résident. D'après la réponse faite au questionnaire 7, l'avis du médecin coordonnateur est bien sollicité lors de l'admission. Le contrat de séjour mentionne que « le futur résident est examiné en visite de pré-admission par le Médecin coordonnateur de l'établissement. Ce dernier transmet au directeur de l'établissement un	

26/44

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R						
	avis médical sur l'admission. Le résident peut contester la décision du Médecin coordonnateur quant à un refus d'admission en sollicitant une contre-visite médicale par un médecin de son choix. »							
3.2.1.2	Evaluation à l'admission La procédure d'admission indique une évaluation dans les 24 heures qui suivent l'admission afin d'éditer un plan de soins type incluant une surveillance des prises nutritionnelles et hydriques pendant 72 heures et une surveillance mensuelle du poids et des constantes. Les risques de sorties inopinées, les risques de fausse route, les risques suicidaires, les risques de chute mais aussi les douleurs et les risques d'escarre doivent aussi être évalués selon cette procédure. Le médecin coordonnateur organise une consultation d'admission dans la semaine.							
3.1.3.3	Le projet personnalisé Le questionnaire 7 indique qu'il existe un référent PAI par résident et qu'un référent prend en charge environ 5 résidents. Selon la procédure transmise, le projet personnalisé doit procéder d'une démarche concertée entre les différents acteurs : le résident et son entourage, le directeur de l'établissement, le MEDCO, le médecin traitant, l'IDEC, l'infirmière référente, le personnel soignant et paramédical de l'établissement, les intervenants libéraux et les animateurs. La procédure transmise indique que le projet personnalisé est élaboré à 3 mois et révisé annuellement et lors de toute modification significative de l'état de santé du résident. Chacun est appelé à émettre des avis en ce qui concerne ses domaines de compétences propres. La procédure précise qu'initialement le projet personnalisé doit tenir compte des attentes et souhaits exprimés par le résident ou son représentant à l'entrée de la résidence. Le protocole mentionne qu'il est indispensable d'inviter le résident ou son représentant légal à l'élaboration et au suivi de son projet personnalisé. Les documents transmis permettent de voir la date des derniers PAI pour tous les résidents au 25/08/2023 : <table border="1" data-bbox="1289 1081 1323 1984"> <thead> <tr> <th>Date du dernier PAI</th><th>Année</th><th>Nombre</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Date du dernier PAI	Année	Nombre				Ecart 7 : L'établissement ne procède pas à la mise à jour annuelle des PAI ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge individualisée ce qui contrevient à l'article L.311-3, 3° du CASF.
Date du dernier PAI	Année	Nombre						

N°IGAS	Observations ou commentaires				Constat E/R
	2023	2022	2021	Non renseigné	
	14	39	5	31	
	Les PAI ne sont pas révisés annuellement.				
3.1.4.4	La commission de coordination gériatrique Le seul document transmis par l'EHPAD concernant la commission de coordination gériatrique est un document Word qui indique qu'en l'absence d'un médecin pérenne depuis février 2022, il n'y a pas eu de commission gériatrique depuis 2021. L'EHPAD indique qu'ils ne transmettent donc pas de compte-rendu de la commission de coordination gériatrique, le dernier étant trop ancien.				Ecart 8 : La commission de coordination gériatrique ne se réunit pas une fois par an ce qui contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF.
3.1.4.5	L'intervention des professionnels médicaux Les résidents peuvent conserver le libre choix de leur médecin généraliste ou spécialiste et des professionnels paramédicaux. Le médecin traitant peut être médecin libéral ou salarié de l'établissement. Les résidents peuvent se procurer une liste auprès de l'infirmière de l'établissement des médecins et soignants libéraux. 16 médecins traitants interviennent dans la structure. 1 psychiatre intervient dans la résidence. 76 résidents sont suivis par un médecin traitant, 10 personnes en séjour temporaire n'ont pas de médecin traitant.				Ecart 9 : Plusieurs résidents ne disposent pas d'un médecin traitant, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 3° du CASF.
2.5.4.3	Les appels malades Le questionnaire 7 indique qu'en l'absence d'IDEC et pendant la période de congés du directeur d'établissement, les éléments de suivi des appels malades ne sont pas disponibles. Il est indiqué que les documents seront communiqués dès le retour du directeur. La mission n'a pas reçu de documentation pour évaluer la qualité du système d'appels malade, le temps de réponse aux appels et garantir la sécurité des résidents.				Ecart 10 : Les documents concernant les appels malades n'ont pas été transmis par l'établissement ce qui ne permet pas de garantir la sécurité des résidents et contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Le livret d'accueil Le livret d'accueil présente la résidence, l'heure des repas y compris la collation nocturne, les droits du résident, la gestion des absences, la charte des droits et libertés des personnes accueillies, le numéro national de signalement d'une maltraitance, la mention du droit de nommer une personne qualifiée ainsi qu'une personne de confiance, de rédiger des directives anticipées. Il précise les modalités d'accès à son dossier médical et administratif. Il mentionne l'existence d'une commission animation et d'une commission menu. Le contrat de séjour L'établissement a transmis un contrat de séjour pour un hébergement permanent qui a été mis en application à partir du 1er juillet 2023. Il s'agit du contrat type du groupe Korian, conforme à la réglementation en vigueur. Il décrit la personne de confiance et les directives anticipées.		
3.2.2.2 3.2.2.5		
Contentions / liberté d'aller et venir L'établissement a fourni un document s'intitulant « mise en place et surveillance d'une contention physique passive » datée du 8 juin 2023. Il s'agit d'une procédure du groupe Korian et qui n'est pas propre aux EHPAD. Elle mentionne que « toute pose de matériel de contention doit faire l'objet d'une prescription médicale ». La prescription doit être collégiale et faire l'objet d'une information à la personne de confiance. La procédure liste les dispositifs de contention physique. En cas de dysfonctionnement, la procédure prescrit la description d'un EIG avec analyse des causes. La procédure précise que la prescription est renouvelée à minima tous les trois mois pour les barrières et les grenouillères et tous les mois pour tous les autres types de contention.		
3.2.3.1		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Un document daté du 3 avril 2023 et intitulé « recommandation zéro contention » a été transmis. L'objectif est de réduire les contentions avec un objectif de 0% de contention aiguës et un taux très faible de contentions chroniques. Le RAMA 2022 confirme que l'établissement mène une politique zéro contention. Il précise que le taux de contention physique était de 27,3%. Il mentionne une prescription de ceintures pelviennes et barrières de lit au cas par cas en essayant de laisser la contention au dernier recours.	

Soins

N°IGAS	Observations ou commentaires	N°IGAS
3.8.2.9	La convention avec une officine Une convention signée le 6 juin 2016 avec une officine située à proximité de l'EHPAD dont la durée est conclue pour 5 ans et renouvelable automatiquement pour la même durée a été adressée à la mission. Moyen de transmission des ordonnances de l'EHPAD à l'officine La convention transmise par l'EHPAD mentionne que dans les 48 heures suivant l'admission du résident qui l'aura mandaté, l'EHPAD s'engage à remettre au pharmacien dispensateur les coordonnées du médecin traitant et avec l'accord du résident, les données nécessaires à la bonne dispensation des médicaments. Le pharmacien dispensateur s'engage à recevoir les ordonnances, chaque jour ouvré de 8 heures à 18 heures. Les ordonnances peuvent être télétransmises par l'EHPAD à l'officine. Moyen de transmission des conseils thérapeutiques de l'officine D'après la convention, le pharmacien dispensateur s'engage à ce que les médicaments et les informations nécessaires à leur bon usage soient délivrés par un de ses personnels, dit « personnel délégué » spécialement formé aux problématiques et besoins en EHPAD. Il a une fonction d'interface avec l'EHPAD. En cas de doute sur la prescription ou d'alerte sur une contre-indication ou une interaction	

N°IGAS	Observations ou commentaires	N°IGAS
	médicamenteuse, le personnel délégué contacte directement la personne référente de l'EHPAD qui assure la liaison avec le médecin prescripteur. Moyen de transmission des observations entre l'EHPAD et l'officine La convention transmise mentionne que l'EHPAD s'engage à ce que les médicaments et les informations nécessaires à leur bon usage soient réceptionnés par un de ses personnels, dit « personne référente » spécialement formée aux problématiques et besoin des résidents en soins médicamenteux ». Elle possède la qualification d'infirmière. Elle assure l'interface avec le pharmacien dispensateur. Elle a une fonction de liaison avec les officines. L'EHPAD s'engage en cas d'absence de la personne référente à assurer la continuité de la prestation en dépêchant une autre personne munie des compétences nécessaires à l'exécution de ces tâches.	
3.8.2.22	Le circuit du médicament La procédure fournie en date du 28/04/2021 « prise en charge médicamenteuse » est une procédure propre au groupe Korian et non à l'EHPAD. Elle ne précise pas que personnel soignant est autorisé à administrer les médicaments préparés par l'IDE. La procédure « organisation des soins en mode adapté » datée du 28/06/2021 prévoit les conduites à tenir en cas d'absence. Elle n'est pas suffisamment précise pour la distribution des médicaments en cas d'absence d'une IDE. Elle stipule : « Pour la distribution des médicaments et les soins techniques, un binôme IDE/ASDE peut être envisagé. L'objectif du binôme soignant n'est pas de faire réaliser les actes de soins IDE par l'ASDE, mais d'alléger la préparation de l'acte (préparation du résident/patient, installation, environnement, transferts ...) ».	Ecart 11 : L'administration des médicaments en cas d'absence de l'IDE et l'aide à la prise de médicaments n'est pas organisée dans la procédure ce qui contrevient à l'article R4311-3 du CSP et à l'article L311-26 du CASF.
3.8.2.24	Le protocole de dépistage et lutte contre la douleur 4 documents ont été transmis : la politique nationale de prise en charge contre la douleur, une procédure de prise en charge de la douleur chez les patients sous traitement de substitution opiacés, un protocole prise en soins de la douleur et une procédure prise en soin de la douleur : anticiper, repérer, évaluer, suivre et traiter la douleur. Ces documents sont conformes à la réglementation. Ces documents ne sont pas propres à l'EHPAD, mais sont des procédures du groupe Korian.	Ecart 12 : Les résidents ne bénéficient pas tous d'une évaluation de la douleur par an ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP.

N°IGAS	Observations ou commentaires	N°IGAS
	Le guide douleur précise que l'évaluation de la douleur, en l'absence de plainte spontanée, se fait à l'entrée et lors des évaluations périodiques notamment lors du PP. Le RAMA indique que l'évaluation de la douleur est réalisée à l'entrée puis s'il y a des signes cliniques. La mission conclut au vu de cette indication que les résidents ne bénéficient pas tous d'au moins une évaluation douleur annuelle. Le RAMA indique également que le taux de résidents sous traitement antalgique ayant une évaluation de la douleur quotidienne est de 100 pour 100.	
3.8.2.25	Le protocole relatif aux soins palliatifs Deux documents élaborés par le groupe Korian ont été transmis par l'EHPAD : - Un protocole de soins palliatifs et fin de vie en date du 17/12/2021. Il aborde comment communiquer avec les proches dans l'accompagnement de fin de vie. - Un guide de bonnes pratiques des soins palliatifs du 01/11/2021. Ces documents sont propres au groupe Korian et ne sont pas des documents propres à l'EHPAD. Il n'est donc pas possible de savoir si le protocole relatif aux soins palliatifs a été validé et connu par le personnel. Il n'a donc pas été rédigé par l'équipe soignante de l'EHPAD. Le RAMA indique qu'il n'y a pas de résidents ayant bénéficié d'une intervention d'une équipe mobile de soins palliatifs. Il précise que la mise en place de soins palliatifs est généralement organisée par l'hôpital.	
3.4.3.9	Etat nutritionnel des résidents Les données concernant l'état nutritionnel des résidents n'ont pas été transmises.	Ecart 13 : L'établissement n'a pas transmis d'information concernant le poids des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3, 3° du CASF car en l'absence de ces documents la mission ne peut s'assurer que l'EHPAD assure une prise en charge de qualité aux résidents

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les interventions des personnels libéraux	
4.2.1.2	3 kinésithérapeutes et deux orthophonistes libéraux interviennent dans l'EH PAD. Les kinésithérapeutes sont présents chaque jour de la semaine et interviennent auprès de 72 résidents. Un pédicure podologue intervient sur demande et 2 orthophonistes sur prescription. Aucun ergothérapeute ni diététicien n'intervient dans l'établissement. Un psychiatre intervient également dans l'établissement. Il n'est pas mentionné sur le planning.	

Risques environnementaux

	Observations ou commentaires	Constat E/R
AMIANTE	L'établissement a transmis son DTA qui comprend la fiche récapitulative.	Sans objet
DASRI	L'établissement a transmis une convention de collecte établie avec Elis en date du 23/08/16. Les informations des centres de traitement des DASRI sont obsolètes au vu des bordereaux de suivi des déchets.	Ecart 14 : La convention de collecte transmise est obsolète ce qui contrevient aux dispositions de l'arrêté du 7 septembre

	L'établissement a transmis les bordereaux de suivi des déchets avec regroupement. Il manque toutefois les bons de prise en charge attestant de leur collecte. Les bordereaux de suivi des DASRI ne sont pas signés par le producteur de déchets à savoir le centre de regroupement Elis Pantin.	1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques. Ecart 15 : Les bons de prise en charge correspondants aux bordereaux de suivi des DASRI n'ont pas été transmis ce qui contrevient aux dispositions de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques. Remarque 14 : Absence de signature de l'installation de regroupement sur les bordereaux de suivi des DASRI.
LÉGIONELLES	Les résultats comprennent les analyses de légionelles des années N-1 et N-2. Les résultats d'analyses de légionelles comprennent l'ensemble des points réglementaires à vérifier (retour de boucle, fond de ballon et points d'usages). En 2021, les résultats d'analyses de légionelles révèlent une contamination importante ([Lp] = 35000 ufc/L pour le fond de ballon). En 2022, les résultats d'analyses révèlent la présence de flore bactérienne (chambre 101 et 108). On remarque également que la contamination du fond de ballon de l'année 2021 a été maîtrisée en 2022.	Remarque 15 : Le nombre de prélèvements aux points d'usage de l'eau chaude sanitaire (ECS) est assez faible au vu de la taille de l'établissement. Remarque 16 :

	De plus, des températures supérieures à 50°C ont été mesurées sur plusieurs points d'usage en 2022 et 2021. La température du fond de ballon en 2021 est quant à elle inférieure à 50°C.	La direction doit s'assurer que l'ensemble des mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) sont réalisées régulièrement. Remarque 17 : La direction doit s'assurer que la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette. La température du point de départ de l'ECS doit être au-dessus de 50°C.
--	--	---

Récapitulatif des écarts et des remarques

Nbre	Reference	Ecart
1)	1.4.1.7	L'établissement n'a pas fourni de plan d'actions en matière d'amélioration continue de la qualité ce qui contrevient à l'article L312-8 CASF.
2)	1.5.1.5 1.5.1.6	Des EIG déclarés dans le tableau des EIG n'ont pas été signalés aux autorités de tarification ce qui contrevient à l'article L.311-8 CASF.
3)	2.1.1.1 2.1.4.2 2.1.4.4	Des auxiliaires de vie assurent des missions de soignants ce qui contrevient à l'article D.312 - 155 – 0 du CASF.
5)	2.1.1.1	Il manque 1 ETP d'IDE dans l'effectif ce qui ne permet pas d'assurer une qualité de prise en charge aux résidents et qui contrevient aux dispositions des articles D.312-155-0 ,II et L.311-3 3° du CASF
5)	2.1.2.1	Le nombre de formations aux gestes d'urgence ne permet pas de garantir le renouvellement des AFGSU de tous les personnels, ce qui ne permet pas de garantir suffisamment la sécurité des résidents et qui contrevient à l'article L.311-3, 1° du CASF

6)	2.1.4.7	Le personnel absent n'est pas systématiquement remplacé ce qui fragilise la prise en charge des résidents et contrevient à l'article L311-3, 1° et 3° du CASF.
7)	2.1.2.5	L'établissement ne procède pas à la mise à jour annuelle des PAI ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge individualisée ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
8)'	3.1.4.4	La commission de coordination gériatrique ne se réunit pas une fois par an ce qui contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF
9)	3.1.4.5	Plusieurs résidents ne disposent pas d'un médecin traitant, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3, 3° du CASF
10)	2.5.4.3	Les documents concernant les appels malades n'ont pas été transmis par l'établissement ce qui ne permet pas de garantir la sécurité des résidents et contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF
11)	3.8.2.22	L'administration des médicaments en cas d'absence de l'IDE et l'aide à la prise de médicaments n'est pas organisée dans la procédure ce qui contrevient à l'article R4311-3 du CSP et à l'article L311-26 du CASF
12)	3.8.2.24	Les résidents ne bénéficient pas tous d'une évaluation de la douleur par an ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP.
13)	3.4.3.9	L'EHPAD n'a pas transmis d'information concernant le poids des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3, 3° du CASF car en l'absence de ces documents la mission ne peut s'assurer que l'EHPAD assure une prise en charge de qualité aux résidents.
14)	DASRI	La convention de collecte transmise est obsolète ce qui contrevient aux dispositions de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques.
15)	DASRI	Les bons de prise en charge correspondants aux bordereaux de suivi des DASRI n'ont pas été transmis ce qui contrevient aux dispositions de l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques.

Nbre	Référence	Remarques
1)	1.2.1.5	Le format du projet d'établissement s'apparente à un outil de pilotage du groupe et de suivi des actions stratégiques et ne facilite pas l'appropriation par le personnel ou les résidents de l'établissement. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement n'apparaissent pas suffisamment clairement.
2)	1.2.2.1 1.2.2.6 1.2.2.7	L'organigramme ne présente pas les liens hiérarchiques et fonctionnels
3)	1.2.2.12	L'absence d'IDEC fragilise la coordination entre les professionnels soignants et limite l'évaluation des bonnes pratiques en matière de soins et pour promouvoir la bientraitance.
4)	1.3.3.1	Les documents transmis concernant le CVS sont incomplets
5)	1.4.3.1	La charte de bientraitance n'a pas été transmise à la mission et la politique de formation sur la bientraitance est peu visible.
6)	1.4.3.2 1.4.3.3.	La procédure sur le signalement ne détaille pas les situations de violence ou harcèlement sexuels.
7)	1.5.1.1	Le tableau des réclamations ne permet pas de connaître les réponses apportées aux réclamations des résidents ou leur entourage ni leur analyse.
8)	1.5.1.3	La culture en matière de signalements des EI et des EIG au sein de l'établissement n'est pas garantie
9)	1.5.1.5 1.5.1.6	La boîte mail utilisée pour transmettre les EIG à la VDP n'est pas la bonne.
10)	2.1.1.3	Le taux d'absentéisme de l'établissement pour la campagne 2022 est bien supérieur aux médianes de la même année.
11)	2.1.2.1	Les plans de formations transmis ne font pas état des formations conduites en interne.
12)	2.1.2.5	La procédure d'accueil du nouveau salarié ne présente pas les règles de fonctionnement de l'établissement ce qui contrevient aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur la bientraitance (repère n° 4.2.1)
13)	2.1.4.2 2.1.4.4	Les fiches de tâches hebdomadaires du personnel soignant n'ont pas été transmises ce qui ne permet pas de vérifier l'organisation du travail et les conditions de collaboration des professionnels.

14)	DASRI	Absence de signature de l'installation de regroupement sur les bordereaux de suivi des DASRI
15)	Légionelles	Le nombre de prélèvements aux points d'usage de l'eau chaude sanitaire (ECS) est assez faible au vu de la taille de l'établissement.
16)	Légionelles	La direction doit s'assurer que l'ensemble des mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) sont réalisées régulièrement.
17)	Légionelles	La direction doit s'assurer que la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette. La température du point de départ de l'ECS doit être au-dessus de 50°C.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD les Arcades, géré par Korian a été réalisé le 25 août 2023 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

Il ressort de ce contrôle des points positifs concernant notamment :

- la conformité de l'autorisation,
- l'organisation de la prise en charge du résident,
- le respect des droits des résidents.

Néanmoins la mission a relevé un certain nombre d'écarts à la réglementation et de remarques sur le fonctionnement de l'établissement explicités tout au long du rapport. Récapitulés plus haut, ils donneront lieu à des injonctions, prescriptions et recommandations faites au gestionnaire, afin de se mettre en conformité avec la réglementation et de rectifier certains modes de fonctionnement qui ne permettent pas une prise en charge de qualité et une sécurité optimale pour les résidents.

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

Saint Denis, le 29 mars 2024.

Dominique GRUJARD Chargée du contrôle des ESMS Parisiens Ville de Paris	Christel ROUGY Ingénieur du génie sanitaire, ARS Ile-de-France
	
Mme Sylvie DRUGEON Ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris, 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

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 : **Diana DINU**
Courriel : [redacted]
Téléphone : [redacted]

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

Diana DINU, chargée de mission personnes âgées, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Madame Dominique Grujard, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités,

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 18 août 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 « Konan Les Arcades » (FINESS géographique 750003360) situé au 116 avenue Daumesnil, 75012 Paris, géré par la S A KORIAN, qui sera mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

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

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

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

- Madame Christel ROUGY, ingénieure du génie sanitaire, coordonnatrice de la mission d'inspection, Délégation Départementale de Paris
- Diana DINU, chargée de mission personnes âgées, Délégation Départementale de Paris.
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L 1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure du génie sanitaire responsable du Pôle Santé environnement, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation départementale de Paris.

Le contrôle, sur pièces, sera réalisé à compter du vendredi 18 août 2023. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. La mission pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

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

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

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,
La sous-directrice de l'Autonomie
Direction des Solidarités



Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces

Les Arcades

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
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)	NON
Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois	NON
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	NON
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	Partiellement
Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation	NON
Dernière évaluation externe	OUI
Dernière évaluation interne	OUI
Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2	OUI
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 deux derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les deux derniers EIG	OUI
Registre du personnel N-1 & N-2	OUI
Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	OUI
Plan de développement des compétences (formation) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1	OUI
Feuilles d'émargement N-1 et N de l'établissement	OUI
Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)	OUI
Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit	OUI
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

Liste des professionnels à contacter en cas d'absence	OUI
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
Documents relatifs au système d'appel malade	NON
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	OUI
Procédure de construction et de suivi du Projet de soins des résidents et le calendrier sur l'année N-1	OUI
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	NON
Le planning des intervenants paramédicaux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) : avec indication pour chaque professionnel de son identité, sa qualification, le nombre de résidents pris en charge sur le trimestre t-1	OUI
Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	OUI