

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
«Les Parentèles de la rue blanche»
49 rue Blanche 75009 Paris
N° FINESS 75 003 509 9**

**RAPPORT DE CONTRÔLE
N° 2023_IDF_00258
Contrôle sur pièces du 8/12/2023**

Mission conduite par :

- Madame Christel ROUGY, coordinatrice de la mission, ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile de France
- Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris

Note d'information

Mme ROUGY ayant cessé ses fonctions au sein de la mission, conformément au courrier d'information annexé au présent rapport, elle a été remplacée par Madame Dalhia ELENGA signataire du présent rapport.

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques 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	11
Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS)	14
Gestion de la qualité	15
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	16
Fonctions support	18
Gestion des ressources humaines	18
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
Conclusion	32
Glossaire	34
Annexes	35
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	35
Annexe 2 : Lettre de mission modificatrice	37
Annexe 3 : Liste des documents demandés	38

Synthèse

Données générales sur l'établissement			
Nom	Les Parentèles de la rue blanche	Capacité hébergement permanent	64
Adresse	49 rue Blanche	Places habilités aide sociale	21
Arrondissement	75009	Présence d'une UVP	
Gestionnaire	DOMIDEP	Places en UHR	non
Statut juridique	Privé à but lucratif	Places en PASA	non
L'établissement a signé un CPOM le 28/02/2020			
<u>Éléments 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.			
<u>Méthodologie suivie et difficultés rencontrées</u>			
Le contrôle a été réalisé le 8 décembre 2023 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé à la même date. 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. 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 forts de l'établissement relevés par la mission</u>			
Fonctions support : - Un taux d'absentéisme et de rotation du personnel en dessous des moyennes départementales, régionales et nationales. Prise en charge : - Une grande majorité de résidents disposant d'un médecin traitant.			
<u>Principaux écarts et remarques constatés par la mission</u>			
Écarts : - L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur. - La procédure de gestion des événements indésirables ne donne pas de définition des EI à déclarer. Elle ne rappelle pas non plus l'obligation pour tout témoin de signaler un EI ou un EIG et ne précise pas que le professionnel signalant ne sera pas sanctionné tant qu'il n'a pas manqué délibérément aux règles de sécurité ou aux bonnes pratiques professionnelles. - La présence d'un seul IDE en CDI sur ■ prévus et le recours massif à du personnel IDE en CDD ne permet pas d'assurer une prise en charge de qualité du résident. - En l'absence de transmission de plannings, la mission ne peut s'assurer d'une présence en nombre suffisant du personnel auprès des résidents pour garantir une prise en charge de qualité. - Le RAMA 2023 indique qu'aucun résident admis dans l'établissement n'a donné son consentement. - Les résidents ne bénéficient pas tous d'au moins une évaluation douleur annuelle. - L'établissement n'a pas fourni les données de pesées des résidents demandée, ainsi la mission de contrôle n'a pas la garantie que chaque résident soit pesé une fois par mois. Remarques :			

- Le plan bleu transmis par l'établissement ne comporte pas de procédure :
 - o en cas de rupture de l'alimentation en eau potable
 - o pour la gestion des décès massifs
 - o pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu
- La politique de bientraitance et de lutte contre la maltraitance de l'établissement est insuffisamment formalisée.
- La procédure de signalement des événements indésirables et des événements indésirables graves ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République
- La mission ne peut vérifier si les analyses des actions correctives à mettre en place après les enquêtes de satisfaction ou les plaintes sont faites systématiquement et enrichissent le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)
- La mission de contrôle constate que la culture de gestion des EI/EIG est insuffisamment développée au sein de l'établissement.
- Les salariés sont insuffisamment formés à la prise en charge de la personne âgée.
- Le document « conduite à tenir face à une douleur » n'indique pas que chaque résident doit bénéficier d'au moins une évaluation douleur par an.

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.

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

Les informations connues par l'ARS et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD Les Parentèles de la rue blanche », situé au 49 rue Blanche, 75009 Paris, FINESS n°750035099, 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
10. Coordination avec les autres secteurs

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 8/12/2023 avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 8/12/2023. Un e-mail a été transmis à la direction le 8/12/2023 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 aux outils sécurisés [REDACTED] ainsi que [REDACTED] qui ont été utilisés 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 49 rue Blanche 75009, l'EHPAD « Les Parentèles » est aujourd'hui géré par le groupe DOMIDEP, dont le siège social est situé au 18 rue du Creuzat – 38080 L'ISLE D'ABEAU.

L'EHPAD « Les Parentèles » a été autorisé par arrêté conjoint du Préfet de Paris et du Maire de Paris n° 2007-51-5 du 20 février 2007. Il est autorisé pour l'accueil de 71 personnes âgées dépendantes, 64 places sont dédiées à l'hébergement permanent et 7 sont dédiées à l'hébergement temporaire. Il est spécialisé dans l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à hauteur de 21 places.

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

Les [REDACTED] résidents accueillis en 2022 et 2023 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
Les Parentèles 2022	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Les Parentèles 2023	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
IDF ² 2021	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Pour l'exercice 2023 :

- Le tarif hébergement pour les places habilitées à l'aide sociale est fixé à :
 - o [REDACTED] € TTC pour les places d'hébergement permanent,
 - o [REDACTED] € TTC pour les places d'hébergement temporaire et les résidents de moins de 60 ans,
- Le forfait global Dépendance autorisé s'élève à [REDACTED] €,
- La dotation globale de soins s'élève à [REDACTED] €.

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 Parentèles de la rue blanche		
Nom de l'organisme gestionnaire	Société les Parentèles (groupe DOMIDEP)		
Numéro FINESS géographique	75 003 509 9		
Numéro FINESS juridique	75 001 940 8		
Statut juridique	Privé lucratif		
Option tarifaire	Tarif partiel sans PUI		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ³	64	
	HT ⁴	7	
	UVP ⁵		
	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	21		

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 E/R
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation Le nombre de résidents accueillis dans l'établissement est de 69 au 15/12/2023. Le nombre de places autorisé en hébergement permanent est de 64 et de 7 en hébergement temporaire (soit 71 places). Ainsi, 5 places d'hébergement temporaire sont utilisées en hébergement permanent, ce qui contrevient au dernier arrêté d'autorisation de l'établissement (arrêté n°2017-350 du 29 octobre 2017 portant modification de capacité de l'EHPAD « Les Parentèles de la rue Blanche » situé au 49 rue blanche 75009 Paris).	Ecart 1 : 5 places d'hébergement temporaire sont utilisées en hébergement permanent, ce qui contrevient au dernier arrêté d'autorisation de l'établissement (arrêté n°2017-350 du 29 octobre 2017 portant modification de capacité de l'EHPAD « Les Parentèles de la rue Blanche » situé au 49 rue blanche 75009 Paris).
1.1.3.1	Répartition des résidents en fonction du GIR La répartition des GIR de l'établissement est la suivante : -Proportion GIR 1 à 3 : [REDACTED] -Proportion GIR 1 à 2 : [REDACTED] Ces proportions sont conformes à la réglementation.	

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	<u>Le règlement de fonctionnement</u> L'établissement a transmis à la mission un règlement de fonctionnement. La période couverte par ce règlement de fonctionnement n'est pas précisée. Il a cependant bien fait l'objet d'une consultation du CVS le 12/12/2023 et des instances représentatives du personnel le 13/12/2023.	
1.2.1.2	<u>Le contenu du règlement de fonctionnement</u> Le règlement de fonctionnement traite les points suivants prévus par la réglementation : -Les mesures relatives aux droits des personnes, le respect de leur dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité et de leur libre choix de prestations. -La prise en charge et l'accompagnement individuel ainsi que le droit à la participation à la conception et la mise en œuvre de son P.A.I. -L'accès et la confidentialité des informations concernant le résident. -Information sur les droits fondamentaux de la personne âgée, les protections particulières légales et contractuelles dont il bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition. -L'organisation et l'affectation des locaux. -Les modalités de rétablissement des prestations. -Les modalités des transferts et déplacements. -Les mesures à prendre en cas d'urgence et de situation exceptionnelle. -Les mesures de sûreté des personnes et biens. -Les règles de vie collective. -Les prestations délivrées. -La protection contre les violences. -La dépendance, la prise en charge médicale et paramédicale. - Les modalités d'association des familles et du CVS. Par contre : -L'accueil des nouveaux professionnels et l'évaluation des pratiques professionnelles ne sont pas traités.	Remarque 1 : L'accueil des nouveaux professionnel et l'évaluation des pratiques professionnelles ne sont pas traités dans le règlement de fonctionnement
1.2.1.4	<u>Le projet d'établissement</u> L'établissement a transmis un projet d'établissement couvrant les années 2016-2021. Ce projet d'établissement ne porte pas de mention de présentation au CVS, ni aux instances représentatives du personnel.	Ecart 2 : Le projet d'établissement transmis couvre les années 2016-2021, il doit donc être actualisé (L311-8 du CASF).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.5	<u>Le contenu du projet d'établissement</u> Le projet d'établissement traite des points suivants, prévus par la réglementation : * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement), * Présentation des enjeux et mission, * Nature de l'offre de service et organisation, * Management de l'EHPAD, * Projet social et logistique, * la personnalisation des PVI, * la politique de promotion de la bientraitance et prévention maltraitance, * le projet d'animation, * Politique d'amélioration des conditions de travail du personnel, * Caractéristiques des personnes accueillies. Par contre, les perspectives d'évolution et de développement sont insuffisamment traitées. En particulier, ce projet d'établissement ne définit pas d'indicateurs pour mesurer l'avancée des objectifs d'amélioration	Remarque 2 : Le projet d'établissement ne porte pas de mention de présentation au CVS, ni aux instances représentatives du personnel.
1.2.1.6	<u>Le plan bleu</u> L'établissement a rédigé un plan bleu. La dernière mise à jour date du 12 octobre 2022. Ce plan devra être complété par une : • procédure en cas de rupture de l'alimentation en eau potable, • procédure de gestion des décès massifs, • procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu. En s'appuyant sur 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). L'audit interne de 2023 note l'absence de DARDE.	Remarque 3 : Le plan bleu transmis par l'établissement ne comporte pas de procédure : • En cas de rupture de l'alimentation en eau potable, • De gestion des décès massifs, • De mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu. Ecart 3 : L'audit interne de 2023 note l'absence de DARDE ce qui contrevient à la Circulaire DGAS n° 2009-170 du 18 juin 2009 relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.2.2.1	Directeur de l'établissement et organigramme de la structure La directrice [REDACTED] dispose bien d'une fiche de poste. [REDACTED] janvier 2022. L'établissement a connu une période d'intérim pour le poste de direction jusqu'en juin 2023. L'établissement a transmis un organigramme. Il comporte bien les liens hiérarchiques et il indique pour chaque poste, le nom du professionnel et sa quotité de travail.	
1.2.2.8	Astreintes administratives D'après les plannings fournis la directrice assure toutes les astreintes administratives le week-end. Les week-ends du mois de septembre 2023 sont indiqués en « repos hebdomadaire ». La mission de contrôle s'interroge sur l'organisation des astreintes administratives pour ces week-ends.	Remarque 4 : D'après les plannings fournis, personne n'assurait les astreintes administratives durant les week-ends de septembre 2023.
1.2.2.10	Délégation de pouvoirs Les délégations de pouvoirs ont bien été formalisées par écrit et est signée par la directrice de l'établissement. La délégation concerne, « sans que cette liste ne soit limitative », les champs de compétence suivants : -La définition et mise en œuvre du projet d'établissement -La gestion des ressources humaines -La gestion budgétaire, financière et comptable -La coordination avec les institutions et intervenants extérieurs Il est également renseigné que la directrice dispose d'un pouvoir de subdélégation si nécessaire.	
1.2.2.12	Présence et qualifications de l'IDEC Un IDEC est en poste dans l'établissement depuis [REDACTED] [REDACTED] le diplôme de cadre de santé n'a pas été transmis. Il est bien inscrit à l'ordre national des infirmiers.	Remarque 5 : Le diplôme de cadre de santé de l'IDEC n'a pas été transmis.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Présence et temps de travail du médecin coordonnateur	
1.2.2.14	L'établissement ne dispose pas d'un médecin coordonnateur à la date du contrôle. [REDACTED] L'établissement a transmis une offre d'emploi pour ce poste. La mission constate que la date de publication de l'offre est postérieure à la date de lancement du contrôle. De plus, l'offre est proposée pour [REDACTED] par semaine soit [REDACTED] ETP. Cette quotité de travail ne respecte pas le temps minimal de coordination prévu pour la capacité de l'EHPAD ([REDACTED] ETP).	Ecart 4 : L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.
1.2.2.15	Qualifications du médecin coordonnateur Comme indiqué supra, l'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur.	

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Conseil de la Vie Sociale	
1.3.3.1	Un CVS est en place dans l'établissement. Le CVS est composé de : - 3 représentants des résidents titulaires et 3 suppléants, - 3 représentants des familles, - 2 représentants du personnel, - 1 représentant de la direction de l'établissement. Il s'est réuni 2 fois en 2022 et 4 fois en 2023. Les CR du CVS abordent : - La sécurité et les sorties inopinées des résidents - La vie quotidienne des résidents - Les formations du personnel - Les RH de l'établissement - Les dysfonctionnements dans la structure	Ecart 5 : Le CVS ne s'est réuni que 2 fois en 2022, ce qui contrevient à l'article D311-16 du CASF. Ecart 6 : La composition du CVS n'est pas conforme et manque des membres suivants : • Représentant de l'équipe médico-soignante • Représentant du gestionnaire • Médecin coordonnateur (Référence : Article D311-5 du CASF)

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	-Les problèmes logistiques -Les enquêtes de satisfaction -La restauration -Les toilettes de l'établissement -Le prestataire nettoyage -L'animation et les sorties -Les différents ateliers dans l'établissement -Sur le COVID et le port du masque -Des échanges avec l'établissement sur le circuit du médicament et les contentions -La sécurité, l'intervention de la commission sécurité et les portes -Le plan canicule -Le recrutement des personnels Les membres du CVS ont été renouvelés en 2023 et le premier CVS de l'année mentionne un tour de table de présentation des membres. Le règlement intérieur en date de janvier 2023, présenté lors du premier CVS suivant son renouvellement pour approbation précise bien le délai réglementaire des mandats allant d'un an à 3 ans maximum.	
1.3.3.2	Présentation des EI et dysfonctionnement en CVS Au vu des comptes rendus des CVS transmis par l'établissement, il n'est pas présenté un bilan des EI/EIG au CVS ainsi que les mesures correctives réalisées à leur suite.	Ecart 7 : L'établissement ne présente pas de bilan des EI/EIG au Conseil de la vie sociale ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.

Gestion de la qualité

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.4.1.7	Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) L'établissement n'a pas transmis de PACQ.	Remarque 6 : Aucun PACQ n'a été transmis.
1.4.2.1	Évaluations interne et externe L'établissement a transmis un tableau [REDACTED] de résultats d'un audit interne de 2023. Cet audit relève plusieurs manquements importants qui sont repris dans les items correspondants du présent rapport. L'onglet concernant le volet soins de cet audit n'est pas rempli. L'établissement n'a pas transmis de rapport d'évaluation externe.	Ecart 8 : L'établissement n'a pas transmis de rapport d'évaluation externe ce qui contrevient à l'article L312-8 du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Politique de bientraitance/lutte contre la maltraitance	
1.4.3.1	La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est présentée dans le projet d'établissement dans le chapitre 4.10 sans définir d'objectifs précis. Si la politique de promotion de la bientraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil, celui-ci reprend la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Le plan de développement des compétences 2022 mentionne une formation collective de 2 jours intitulé : « Mieux comprendre la bientraitance par la pratique de la simulation d'une personne âgée dépendante et démente. » Aucune formation sur le thème de la bientraitance n'est indiquée pour 2023.	Remarque 7 : La politique de bientraitance et de lutte contre la maltraitance de l'établissement est insuffisamment formalisée.
1.4.3.2	Procédure en cas de violence/harcèlement sexuel/agression L'établissement n'a pas de procédure spécifique pour les violences, harcèlement sexuel, ou les agressions. Cependant, la procédure de signalement d'un événement indésirable du 18/10/2022 mentionne les maltraitances et violence, mais sans préciser l'obligation de déclaration de ces situations à l'autorité judiciaire (Procureur de la République).	Remarque 8 : La procédure de signalement des événements indésirables et des événements indésirables graves ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Enregistrement, traitement et suivi des plaintes/enquêtes de satisfaction	
1.5.1.1	Les enquêtes de satisfaction : Aucune enquête de satisfaction auprès des résidents n'a été fournie. L'établissement a transmis un tableau [REDACTED] d'une enquête de satisfaction auprès des familles de 2022. Ce tableau n'indique pas les actions correctives entreprises à la suite de cette enquête. En l'absence de transmission de plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ), la mission ne peut établir que le résultat de cette enquête a enrichi ce plan et que cela a donné lieu à des actions correctives.	Remarque 9 : Aucune enquête de satisfaction réalisée auprès des résidents n'a été fournie. Remarque 10 : Les actions correctives et le temps de réponse aux plaintes n'est pas systématiquement renseigné. Remarque 11 : La mission ne peut vérifier si les analyses des actions correctives à mettre en place

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Les plaintes et réclamations : L'établissement a fourni un tableau listant de manière synthétique les plaintes traitement donné à la plainte. Elle n'est pas systématiquement renseignée. L'analyse de ces plaintes ne permet pas d'établir que les plaintes donnent lieu à réponse écrite systématique au déclarant ni que les mesures préventives, lorsqu'elles sont envisagées, sont incluses dans le PACQ.	après les enquêtes de satisfaction ou les plaintes sont faites systématiquement et enrichissent le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)
1.5.1.3	Gestion des EI/EIG <u>Procédure :</u> L'établissement a fourni une procédure de gestion des événements indésirables datée du 18/10/2022. Cette procédure englobe les événements indésirables (déclarés par les salariés) et les plaintes (déclarées par les résidents et les familles, fiche grain de sable) ce qui introduit de la confusion De plus, la procédure ne donne pas de définition des EIG à déclarer. Elle ne rappelle pas non plus l'obligation pour tout témoin de signaler un EI ou un EIG et ne précise pas que le professionnel signalant ne sera pas sanctionné tant qu'il n'a pas manqué délibérément aux règles de sécurité ou aux bonnes pratiques professionnelles. <u>Formations :</u> Aucune formation sur la gestion des EI n'est prévue dans le plan de développement des compétences. Analyses et suivi des EI/EIG : D'après la procédure fourni l'analyse et le suivi des EI sont réalisés au sein du CODIR. Aucun référent qualité, ni comité qualité n'apparaît comme étant mis en place dans l'établissement.	Remarque 12 : La procédure de gestion des événements indésirables comprend aussi les plaintes Ecart 9 : La procédure de gestion des événements indésirables procédure ne donne pas de définition des EIG à déclarer. Elle ne rappelle pas non plus l'obligation pour tout témoin de signaler un EI ou un EIG et ne précise pas que le professionnel signalant ne sera pas sanctionné tant qu'il n'a pas manqué délibérément aux règles de sécurité ou aux bonnes pratiques professionnelles. (Références : Article L331-8-1 du CASF, article L313-24 du CASF et l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales) Remarque 13 : La mission de contrôle constate que la culture de gestion des EI/EIG est insuffisamment développée au sein de l'établissement.
1.5.1.5 / 1.5.1.6		

Gestion des ressources humaines

18/39

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.3	<u>L'absentéisme</u> [REDACTED] Les chiffres de 2023 sont donc en-dessous des médianes départementale, régionale et nationale des EHPAD.	
2.1.1.6	<u>Le recrutement par intérim</u> En l'absence de transmission des plannings, la mission ne peut avoir une vision du niveau de recours à l'intérim pratiqué par l'EHPAD.	
2.1.2.1	<u>Le plan de développement des compétences</u> L'établissement a transmis un plan de développement de compétences pour les années 2022 et 2023 ainsi qu'un plan prévisionnel pour 2024. Pour 2023 : - 4 salariés ont suivi une formation diplômante d'AS, - Une formation « communication interprofessionnelle et gestion des conflits » a été proposée. Pour 2022 ont été proposées : - Une formation collective nutrition et hydratation en EHPAD, - Une formation incendie. La mission constate que des formations sont indiquées en « ajout » et non en « accord » sur le document transmis [REDACTED] La mission ne peut s'assurer que ces formations ont été suivies. Le plan de développement des compétences prévisionnel 2024 présente les formations suivantes : - HACCP, - La bientraitance par la pratique de la simulation d'une personne âgée dépendante et démente, - Les fondamentaux de la bientraitance (formation initiale nouveau collaborateur),	Remarque 14 : Les salariés sont insuffisamment formés à la prise en charge de la personne âgée. Remarque 15 : Les plans de développement des compétences ne permettent pas à la mission de déterminer quelles formations ont réellement été suivies.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Harcèlement sexuel et agissements sexistes : Prévenir et traiter les situations, - LOI Sapin 2, Cartographie des risques et dispositif anti-corruption, - Maladie et troubles psychiques : Aide et accompagnement dans la relation de soin, - Sexualité et intimité des personnes en ESMS, - Appréhender et gérer le refus alimentaire et le refus de soin, - Hygiène buccodentaire de la personne fragilisée, - Être acteur au quotidien de la QVT et RSE. Seules les formations en gras apparaissent comme validées par le service formation d'après le document. La mission constate un manque de formation sur la prise en charge de la personne âgée.	
2.1.2.5	<u>Le livret d'accueil</u> Un livret d'accueil du salarié a été transmis. Il est indiqué en bas de page « Projet – mai 2019 ». La mission ne peut s'assurer que ce document soit une version définitive remis à chaque salarié. La mission constate que ce document s'apparente plus à un document de rappels des bonnes pratiques (prise de connaissance des transmissions, respect des règles d'hygiène, respect des fiches de poste et de tâches) qu'à un livret d'accueil permettant l'intégration du professionnel (présentation de l'établissement, modalités de prise de congés, documents et matériel remis à l'arrivée, accompagnement ou non par un pair).	Remarque 16 : Le livret d'accueil transmis est indiqué comme étant un « projet » et ne s'apparente pas à un document d'accueil pour les nouveaux personnels.
2.1.4.5	<u>Les plannings</u> Le gestionnaire n'a pas transmis de plannings. La mission ne peut donc s'assurer de la présence en nombre suffisant du personnel auprès des résidents pour garantir une prise en charge de qualité.	Ecart 11 : En l'absence de transmission de plannings, la mission ne peut s'assurer d'une présence en nombre suffisant du personnel auprès des résidents pour garantir une prise en charge de qualité. (Référence : Article L311-3, 1° et 3° du CASF)
2.1.4.2	<u>Les fiches de tâches heurées</u> Des fiches de tâches ont été fournies pour : • LES IDE Plusieurs fiches de tâches, datant de 2022, ont été transmises : - Une fiche de tâche pour IDE travaillant de 7h30 à 19h30 - Une fiche de tâche pour IDE travaillant de 8h00 à 20h00 - Une fiche de tâche IDE en date de 2014 (8h15-20h15)	Ecart 12 : Les fiches de tâches des AS de jour n'ont pas été transmises. La mission ne peut s'assurer d'une prise en charge de qualité du résident. (Référence : Article L311-3, 1° du CASF) Remarque 17 : Les fiches de tâche transmises pour les IDE et l'AS référente ne permettent pas de déterminer avec certitude les horaires de ces personnels

N°GAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les tâches principales des IDE sont : la transmissions avec l'équipe de nuit, l'impression et la mise à jour du plan de soins, la réalisation des actes de soins infirmiers (dextros, « pansements, TA, aérosols, injections »), la distribution des traitements aux résidents en s'assurant de leur bonne prise en bouche et en traçant la distribution sur le logiciel de l'établissement, distribuer les crèmes hyperprotidiques et compléments alimentaires aux résidents, la consultation et la gestion des agendas concernant les visites médicales, rendez-vous externe et bilans biologiques des résidents, la transmission en équipe inter étages et sur logiciel, le contrôle et la préparation des traitements de nuit, la pose des perfusions et assurer la transmission avec l'équipe de nuit. Les fiches de tâches précisent également qu'il appartient à l'IDE de participer à la toilette d'un résident si cela est nécessaire, que le personnel infirmier participe à la surveillance et la stimulation des résidents et que la distribution des traitements et crèmes hyperprotidiques ne doit pas être délégué aux AS ou AS référentes. - AS référente 3 fiches de tâches ont été transmises : 1 en date de 2022. Les horaires indiqués en en-tête sont 8h-20h ou 7h30-19h30. Les horaires indiqués dans le corps du document sont 8h-20h. 2 en date de 2015 et 2016 - AS/AMP de nuit La fiche de tâches AS/AMP de nuit (19h45-7h45) date de 2017 Pour les AS référents, les tâches principales, selon la fiche de tâches de 2022, sont : de vérifier la présence du personnel avec les infirmiers et de participer en renfort en cas d'absence, d'accueillir et de présenter aux nouveaux salariés les ressources à leur disposition, impulser la descente aux activités et repas ainsi que la remontée dans les étages des résidents, participer aux transmissions pluridisciplinaires, faire le tour des étages pour vérifier l'état des chambres, aider aux repas et aux changes, assurer le suivi des stocks ainsi que la gestion des commandes des produits d'incontinence et informer l'IDEC sur ce sujet, vérifier la présence de matériel en qualité suffisante dans les étages et compléter au besoin, assurer les transmissions écrites sur le logiciel de soin et orales avec l'équipe de nuit. Pour les AS/AMP de nuit, les tâches à effectuer sont : la sécurisation du bâtiment en fermant les accès de l'EHPAD, amener les « résidents candidats » aux animations, aider à/coucher les résidents, effectuer les soins d'hygiène et de confort, sécuriser les résidents en mettant en place les contentions prescrites et en préparant les lits pour qu'ils soient au plus bas avec, si nécessaire, un tapis de sol, mettre à portée de main du résident l'appel malade, donner les médicaments de nuit préparés par les IDE en suivant les consignes relatives aux horaires de prise, effectuer une ronde toutes les deux heures et surveiller les étages puis tracer dans le logiciel de soin après chaque passage, nettoyer les fauteuils roulants selon le planning et le tracer, assurer le change des résidents le nécessitant, ranger les locaux communs, vider les poubelles et descendre le linge sale en effectuant le tri selon le protocole en place, enfin, assurer les transmissions orales avec l'IDE et les AS de 7h30.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	• Les ASH : - 1 pour les ASH travaillant de 8h15 à 19h45 qui s'occupent du 1^{er} et 3^{ème} étage - 1 pour les ASH travaillant de 10h30 à 20h00 qui s'occupent du 5^{ème} et 6^{ème} étage Les tâches principales des ASH sont : le nettoyage des espaces communs, sanitaires et bureaux, approvisionner les étages de travail en matériel et en récupérant le matériel sale, nettoyer les chambres et rails d'ascenseurs des étages, gérer le linge sale, nettoyer les salles à manger ainsi que l'office de l'étage, envoyer au marquage le linge propre, nettoyer les espaces communs, s'occuper de la plonge et du rangement de la vaisselle sale. Le lundi et jeudi les ASH doivent également ranger le linge propre des résidents dans les armoires, dispatcher les tenues du personnel et ranger les draps de lit. Aucune fiche de tâches pour les AS de jour. <u>Le glissement de tâches</u>	
2.1.4.4	En l'absence de transmission de l'ensemble des fiches de tâches, notamment des AS et des AVS, la mission ne peut s'assurer de l'absence de glissement de tâches au sein de l'établissement (Cf. écart n°11).	Cf. Ecart 12
2.1.4.7	<u>La gestion des absences imprévues</u> La direction a transmis une procédure de remplacement des absences inopinées. [REDACTED]	
2.1.4.10	<u>La qualification du personnel de nuit</u> En l'absence de transmission des plannings, la mission ne peut connaître les modalités d'intervention du personnel de nuit (Cf. écart n°10). Une fiche de tâche d'AS de nuit a été transmise avec comme horaire de présence 19H45-7H45.	

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 L'établissement a bien fourni une procédure d'admission en date du 10/10/2023. L'avis du médecin coordonnateur est bien sollicité lors de l'admission d'après cette procédure. Une visite de préadmission avec la famille n'est enclenchée qu'en cas d'avis favorable du médecin coordonnateur.	
3.2.1.2	Évaluation à l'admission La procédure d'admission ne donne aucune précision quant aux évaluations médicales réalisées pour l'admission [REDACTED]. Le RAMA ne contient pas non plus d'information à ce sujet.	Ecart 13 : La procédure d'admission et le RAMA ne donnent aucune indication concernant les évaluations médicales [REDACTED] réalisées lors de l'admission. (Référence : Article D312-158, 2° et 6° du CASF)
3.1.3.3	Le Projet d'accompagnement Personnalisé (PAP) La procédure : La procédure « projet personnalisé » transmise indique que le PAP doit être réalisé dans les 3 mois qui suivent l'admission. A la fin des trois mois, une réunion est organisée en présence de la famille pour présenter le projet de PAP. La famille peut proposer des ajustements au PAP. Une fois par an un bilan d'étape du PAP est réalisé. Un second document fourni par l'établissement intitulé « Projet de Vie Personnalisé » indique que « le référent IDE est le professionnel qui sera l'interlocuteur privilégié de la personne hébergée » et qu'il est porteur du dossier de soin du résident. Réalisation des PAP : D'après le document transmis, tous les résidents disposent d'un PAP. [REDACTED] PAP [REDACTED] n'ont pas été mis à jour en 2023. La mission note qu'il n'est pas fait mention dans le RAMA de l'état de réalisation des PAP.	Remarque 18 : Le RAMA ne comporte aucune mention quant au nombre de PAP réalisés.
3.1.4.4	La Commission de Coordination Gériatrique L'établissement a fourni un compte-rendu pour la commission gériatrique 2022, aucun n'a été transmis pour l'année 2023.	Ecart 14 : L'établissement n'a pas fourni de compte-rendu de la commission gériatrique pour

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La mission de contrôle ne peut garantir que la commission gériatrique s'est bien réunie en 2023. Réunions de synthèses : L'établissement a déclaré qu'une commission chutes se réunit une fois par mois, la commission nutrition et restauration tous les 3 mois.	l'année 2023 et la mission ne peut donc garantir que celle-ci s'est tenue. (Référence : Article D312-158 du CASF)
3.1.4.5	Interventions des professionnels libéraux ■ médecins traitants, ■ orthophoniste, ■ kinésithérapeutes ■ pédicure pédologue interviennent auprès des résidents. ■ résidents disposent d'un médecin traitant. Concernant l'utilisation du logiciel de soin, l'établissement mentionne que les ■ médecins traitants ■ utilisent ainsi que ■ orthophoniste ■ kinésithérapeutes ■ pédicure pédologue.	
2.5.4.3	Système d'appels-malade L'établissement déclare faire un contrôle des appels malades tous les mois et faire appel à un prestataire externe pour réaliser une évaluation du système.	

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.2.2.2 3.2.2.5	Le livret d'accueil et contrat de séjour Le livret d'accueil de l'établissement mentionne la liberté de choix du médecin traitant, renseigne le résident sur le CVS ainsi que sa participation dans l'établissement et contient la charte des droits et libertés de la personne accueillie. La possibilité de désigner une personne de confiance est bien mentionnée dans le contrat de séjour ainsi que celle de rédiger des directives anticipées. Le contrat de séjour mentionne également la possibilité de recourir à un médiateur de la consommation. Le RAMA 2023 indique qu'aucun résident admis dans l'établissement n'a donné son consentement. Pourtant la procédure d'admission indique que lors de l'entretien de préadmission « une évaluation du consentement est nécessaire. » et « En cas de difficultés concernant le recueil du consentement et l'annonce de l'entrée au sein de la résidence, la neuropsychologue et la psychologue peuvent aider la famille. » et le contrat de séjour type fourni mentionne que : « Lors de la conclusion du présent contrat, un entretien hors de la présence de toute autre personne, entre le futur résident et à la demande de celui-ci avec sa personne de confiance ou toute autre personne formellement désignée par lui, est organisé. Au cours	Ecart 15 : Le RAMA 2023 indique qu'aucun résident admis dans l'établissement n'a donné son consentement, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	de cet entretien, le directeur d'Etablissement, (ou la personne formellement désignée par la direction) informe le Résident de ses droits et s'assure de leur compréhension par ce dernier. Le consentement du Résident à l'entrée dans l'Etablissement est recherché. »	
3.2.3.1	Procédure relative aux contentions et liberté d'aller et venir L'établissement a fourni une procédure intitulée « Gestion de la contention en centre Alzheimer » datée du 17/06/2022. Elle mentionne bien que : « Toute pose de matériel de contention doit faire l'objet d'une prescription médicale. La contention est une décision médicale et étayée par une réflexion pluridisciplinaire ». « La contention est une atteinte à la liberté inaliénable d'aller et venir. Des solutions alternatives doivent être utilisées : modification de matériel, approche médicale et infirmière, approche socio psychologique. - La surveillance réalisée au quotidien par l'IDE doit être notée dans [REDACTED] La validité de la prescription est limitée à 24h. » Le RAMA indique que le nombre de résidents avec au moins une prescription de contention est de [REDACTED] L'établissement a déclaré qu'une commission contentions se réunissait une fois par mois, elle est gérée par l'IDEC et est pluridisciplinaire.	

Soins

N°IGAS	Observations ou commentaires	N°IGAS
3.8.2.9	Convention EHPAD/Officine L'établissement a fourni une convention avec une officine datée du 18/12/2023. D'après cette convention, les originaux des ordonnances sont transmis à la livraison pour apposer les mentions réglementaires. Ces transmissions se font en respectant la confidentialité des données. Le document « circuit du médicament » indique que les ordonnances sont envoyées par mail à la pharmacie.	
3.8.2.22	Le circuit du médicament : L'établissement a fourni deux documents : « Circuit du médicament » daté du 20/10/2021, « Distribution et administration des médicaments hors morphiniques par les AS ou AMP ou AES de jour ou de nuit » daté du 17/06/2023. Le document « Circuit du médicament » transmis par l'établissement détaille la procédure en place dans l'établissement : l'IDE assure l'interface avec le pharmacien dispensateur, sous la surveillance d'un pharmacien référent. C'est l'IDE qui réceptionne, vérifie et émerge le bon de délivrance des médicaments fournis par l'officine. Les IDE sont également chargés d'assurer la liaison avec l'officine.	Ecart 16 : La procédure de délégation d'administration ne différencie pas l'administration des médicaments et les actes d'aide à la prise ce qui contrevient aux dispositions de l'article R4311-7 du CSP. Remarque 19 : La procédure de délégation ne précise pas que les actes délégués restent de la responsabilité de l'IDE.

N°IGAS	Observations ou commentaires	N°IGAS
	Les prescriptions et renouvellements des ordonnances se fait par envoi de mail à la pharmacie et via numérisation du [REDACTED] au pharmacien. Une procédure accélérée est prévue en cas de nécessité d'un traitement d'urgence ou de modification de la prescription. Pour le stockage dans l'EH PAD, une photocopie de la prescription est ajoutée dans le dossier médical du résident et le classeur des traitements. Au moment de la réception des médicaments, une vérification est faite par un IDE avant signature du bon de vérification et de sa transmission à l'IDEC. Les médicaments sont stockés soit dans le chariot des médicaments, sécurisé par vigik dans le poste de soin uniquement accessible aux infirmiers, à l'IDEC et le médecin coordonnateur, soit dans une armoire à pharmacie dans le poste de soin en cas de traitements volumineux (avec étiquetage du nom, prénom et dates de début et fin de traitement), soit dans le coffre à stupéfiants fermé par un code et avec un cahier à remplir pour tracer la prise de stupéfiants (quantité, moment de la prise, signature de l'IDE et du médecin coordonnateur pour la prise). La procédure précise qu'« aucun stockage des stupéfiants n'est autorisé en dehors du coffre à toxiques qui se trouve à l'infirmerie. ». Un IDE vérifie mensuellement le conditionnement des médicaments, les dates de péremption, assure l'entretien de l'armoire et du chariot des médicaments, du réfrigérateur ainsi que du congélateur. La procédure précise également qu'avant délivrance du traitement, l'IDE doit vérifier le traitement à partir de l'ordonnance, sais faire référence à un contrôle d'identité/vigilance. Elle définit aussi les modalités d'arrêt du traitement, le recyclage des traitements, la gestion des traitements de nuit qui sont placés dans le poste de soin inaccessible aux résidents, les spécificités de l'usage des stupéfiants avec stockage dans le coffre à toxique et suivi de la délivrance dans le cahier prévu. Le second document présente la délégation d'administration des médicaments par les AS/AMP/AES qui assurent l'administration des médicaments de forme orale sèche « pour les traitements de nuit et exceptionnellement de jour selon organisation particulière ou en ode dégradé (absence IDE, urgence ...) ». Pour que la délégation puisse avoir lieu, l'IDE ou l'IDEC doit renseigner « aide à la prise médicamenteuse » dans le logiciel de soins et organiser pour tout nouveau professionnel, puis deux fois par an, une « formation de la distribution et à l'administration des médicaments en collaboration avec les AS/AMP/AES ». L'IDE ou l'IDEC planifie ensuite « la distribution et administration des médicaments dans le plan de soin », l'imprime pour le donner à l'AS/AMP/AES avec les instructions d'administration des médicaments, enfin, il prépare la dose à administrer dans un sachet nominatif et la dépose avec le plan de soin dans un contenant fermé. L'AS/AMP/AES les instructions données par l'IDE, vérifie l'identité du résident avant d'administrer le traitement, s'assure de la prise effective, et trace la prise ou la non-prise en précisant le motif et les difficultés rencontrées. De nuit, la traçabilité doit être faite sur un cahier dédié dans l'infirmerie. L'IDE assure en suite un contrôle de la réalisation et la traçabilité de l'administration. La procédure ne précise pas que même délégués, ces actes restent de la responsabilité de l'IDE. Le document ne distingue pas l'aide à la prise de l'administration d'un traitement. Les AS/AES/AMP ne peuvent se voir déléguer que l'aide à la prise. Il y a donc un risque de glissement de tâches en l'absence de précision supplémentaire sur les différentes étapes de la délivrance des médicaments dans la procédure.	
3.8.2.24	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur L'établissement a fourni un document intitulé : « CONDUITE À TENIR FACE À UNE DOULEUR ». Ce document n'indique pas que chaque résident doit bénéficier d'au moins une évaluation douleur par an. Les données indiquées dans les RAMA 2023 indiquent que [REDACTED] résidents sous antalgique ont eu une évaluation de la douleur avec échelle et en 2023, ce qui indique que les résidents ne bénéficient pas tous d'au moins une évaluation douleur annuelle qu'ils soient ou non sous antalgique.	Ecart 17 : Les résidents ne bénéficient pas tous d'au moins une évaluation douleur annuelle, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP. Remarque 20 : Le document « conduite à tenir face à une douleur » n'indique pas que chaque

N°IGAS	Observations ou commentaires	N°IGAS
	<u>Escarres</u> [REDACTED]	résident doit bénéficier d'au moins une évaluation doulleur par an. [REDACTED]
3.8.2.25	<u>Protocole soins palliatifs et fin de vie</u> L'établissement a fourni à la mission un protocole intitulé « Accompagner la fin de vie » daté du 22/09/2021. Ce protocole indique qu'une réunion pluridisciplinaire est réalisée de manière hebdomadaire autour de l'accompagnement de fin de vie des résidents, afin de repérer notamment les moments où une démarche de soins palliatifs doit être envisagée Le RAMA précise que l'établissement a signé une convention avec un réseau de soins palliatifs. Cette convention n'a pas été fournie pour ce contrôle. [REDACTED]	
3.4.3.9	<u>Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel</u> L'établissement n'a pas fourni les données de pesées des résidents demandées. Les RAMA 2022 et 2023 ne comportent pas non plus d'information à ce sujet. Ainsi, la mission de contrôle n'a pas la garantie que chaque résident soit pesé une fois par mois. L'audit interne de 2023 indique qu'il n'y a pas de commission menu mise en place depuis 2021.	Ecart 18 : L'établissement n'a pas fourni les données de pesées des résidents demandées, ainsi la mission de contrôle n'a pas la garantie que chaque résident soit pesé une fois par mois. Référence : Article L311-3, 1° du CASF. Remarque 22 : Il n'y a pas de commission menu en place dans l'établissement depuis 2021.

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
4.2.1.2	<u>Personnels médicaux et paramédicaux libéraux</u> [REDACTED] kinésithérapeutes interviennent dans l'établissement.	

Récapitulatif des écarts et des remarques

Nbre	Numéro IGAS	Référence rapport	Écarts	Référence juridique
1	1.1.1.2	Gouvernance – Conformité aux conditions d'autorisation	Ecart 1 : 5 places d'hébergement temporaire sont utilisées pour de l'hébergement permanent, ce qui contrevient au dernier arrêté d'autorisation de l'établissement	Arrêté n°2017-350 du 29 octobre 2017 portant modification de capacité de l'EHPAD « Les Parentèles de la rue Blanche » situé au 49 rue blanche 75009 Paris
2	1.2.1.4	Gouvernance – Management et stratégie	Ecart 2 : Le projet d'établissement transmis couvre les années 2016-2021, il doit donc être actualisé.	Article L311-8 du CASF
3	1.2.1.6	Gouvernance – Management et stratégie	Ecart 3 : L'audit interne de 2023 note l'absence de DARDE.	Circulaire DGAS n° 2009-170 du 18 juin 2009 relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie
4	1.2.2.14	Gouvernance – Management et stratégie	Ecart 4 : L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur.	Article D312-156 du CASF.
5	1.3.3.1	Gouvernance – Animation et fonctionnement des instances	Ecart 5 : Le CVS ne s'est réuni que 2 fois en 2022.	Article D311-16 du CASF
6	1.3.3.1	Gouvernance – Animation et fonctionnement des instances	Ecart 6 : La composition du CVS n'est pas conforme et manque des membres suivants : -Représentant de l'équipe médico-soignante -Représentant du gestionnaire -Médecin coordonnateur	Article D311-5 du CASF
7	1.3.3.2	Gouvernance – Animation et fonctionnement des instances	Ecart 6 : L'établissement ne présente pas de bilan des EI/EIG au Conseil de la vie sociale ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.	Article R331-10 du CASF
8	1.4.2.1	Gouvernance – Gestion de la qualité	Ecart 8 : L'établissement n'a pas transmis de rapport d'évaluation externe.	Article L312-8 du CASF

9	1.5.1.3	Gouvernance – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Ecart 9 : La procédure de gestion des événements indésirables ne donne pas de définition des EIG à déclarer. Elle ne rappelle pas non plus l'obligation pour tout témoin de signaler un EI ou un EIG et ne précise pas que le professionnel signalant ne sera pas sanctionné tant qu'il n'a pas manqué délibérément aux règles de sécurité ou aux bonnes pratiques professionnelles.	-Article L331-8-1 du CASF -Article L313-24 du CASF -Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales
10	2.1.1.1	Fonctions support – Gestion des ressources humaines	Ecart 10 : La présence d'un seul IDE en CDI sur [] prévus et le recours massifs à du personnel IDE en CDD ne permet pas d'assurer une prise en charge de qualité du résident.	Article L.311-3 1° CASF
11	2.1.4.5	Fonctions support – Gestion des ressources humaines	Ecart 11 : En l'absence de transmission de plannings, la mission ne peut s'assurer d'une présence en nombre suffisant du personnel auprès des résidents pour garantir une prise en charge de qualité.	Article L311-3, 1° et 3° du CASF
12	2.4.1.2	Fonctions support – Gestion des ressources humaines	Ecart 12 : Les fiches de tâches des AS de jour et AVS n'ont pas été transmises. La mission ne peut s'assurer d'une prise en charge de qualité du résident.	Article L311-3, 1° du CASF
13	3.2.1.2	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 13 : La procédure d'admission et le RAMA ne donnent aucune indication concernant les évaluations médicales réalisées lors de l'admission.	Article D312-158, 2° et 6° du CASF
14	3.1.4.4	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 14 : L'établissement n'a pas fourni de compte-rendu de la commission gériatrique pour l'année 2023 et la mission ne peut donc garantir que celle-ci s'est tenue.	Article D312-158 du CASF
15	3.2.2.2 / 3.2.2.5	Prise en charge – Respect des droits des personnes	Ecart 15 : Le RAMA 2023 indique qu'aucun résident admis dans l'établissement n'a donné son consentement, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.	Article L311-3, 1° du CASF
16	3.8.2.22	Prise en charge - Soins	Ecart 16 : La procédure de délégation d'administration ne différencie pas l'administration des médicaments et les actes d'aide à la prise ce qui contrevient aux dispositions de l'article R4311-7 du CSP.	Article R4311-7 du CSP
17	3.8.2.24	Prise en charge - Soins	Ecart 17 : Les résidents ne bénéficient pas tous d'au moins une évaluation douleur annuelle, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP.	Articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP
18	3.4.3.9	Prise en charge - Soins	Ecart 18 : L'établissement n'a pas fourni les données de pesées des résidents demandée, ainsi la mission de contrôle n'a pas la garantie que chaque résident soit pesé une fois par mois.	Article L311-3, 1° du CASF

Nbre	Numéro IGAS	Référence rapport	Remarque
1	1.2.1.2	Gouvernance – Management et stratégie	Remarque 1 : L'accueil des nouveaux professionnels et l'évaluation des pratiques professionnelles ne sont pas traités dans le règlement de fonctionnement
2	1.2.1.4	Gouvernance – Management et stratégie	Remarque 2 : Le projet d'établissement ne porte pas de mention de présentation au CVS, ni aux instances représentatives du personnel.
3	1.2.1.6	Gouvernance – Management et stratégie	Remarque 3 : Le plan bleu transmis par l'établissement ne comporte pas de procédure : • En cas de rupture de l'alimentation en eau potable • De gestion des décès massifs • De mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu
4	1.2.2.8	Gouvernance – Management et stratégie	Remarque 4 : D'après les plannings fournis, personne n'assurait les astreintes administratives durant les week-ends de septembre 2023.
5	1.2.2.12	Gouvernance – Management et stratégie	Remarque 5 : Le diplôme [REDACTED] de l'IDEC n'a pas été transmis.
6	1.4.1.7	Gouvernance – Gestion de la qualité	Remarque 6 : Aucun PACQ n'a été transmis.
7	1.4.3.1	Gouvernance – Gestion de la qualité	Remarque 7 : La politique de bientraitance et de lutte contre la maltraitance de l'établissement est insuffisamment formalisée.
8	1.4.3.2	Gouvernance – Gestion de la qualité	Remarque 8 : La procédure de signalement des événements indésirables et des événements indésirables graves ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République
9	1.5.1.1	Gouvernance – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Remarque 9 : Aucune enquête de satisfaction réalisée auprès des résidents n'a été fournie.
10	1.5.1.1	Gouvernance – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Remarque 10 : Les actions correctives et le temps de réponse aux plaintes n'est pas systématiquement renseigné.
11	1.5.1.1	Gouvernance – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Remarque 11 : La mission ne peut vérifier si les analyses des actions correctives à mettre en place après les enquêtes de satisfaction ou les plaintes sont faites systématiquement et enrichissent le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)
12	1.5.1.3	Gouvernance – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Remarque 12 : La procédure de gestion des événements indésirables comprend aussi les plaintes.
13	1.5.1.3	Gouvernance – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Remarque 13 : La mission de contrôle constate que la culture de gestion des EI/EIG est insuffisamment développée au sein de l'établissement.

14	2.1.2.1	Fonctions support – Gestion des ressources humaines	Remarque 14 : Les salariés sont insuffisamment formés à la prise en charge de la personne âgée.
15	2.1.2.1	Fonctions support – Gestion des ressources humaines	Remarque 15 : Les plans de développement des compétences ne permettent pas à la mission de déterminer quelles formations ont réellement été suivies.
16	2.1.2.5	Fonctions support – Gestion des ressources humaines	Remarque 16 : Le livret d'accueil transmis est indiqué comme étant un « projet » et ne s'apparente pas à un véritable document d'accueil pour les nouveaux personnels.
17	2.1.4.2	Fonctions support – Gestion des ressources humaines	Remarque 17 : Les fiches de tâche transmises pour les IDE et l'AS référente ne permettent pas de déterminer avec certitude les horaires de ces personnels
18	3.1.3.3	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 18 : Le RAMA ne comporte aucune mention quant au nombre de PAP réalisés.
19	3.8.2.22	Prise en charge - Soins	Remarque 19 : La procédure de délégation ne précise pas que les actes délégués restent de la responsabilité de l'IDE.
20	3.8.2.24	Prise en charge - Soins	Remarque 20 : Le document « conduite à tenir face à une douleur » n'indique pas que chaque résident doit bénéficier d'au moins une évaluation douleur par an.
21	3.8.2.24	Prise en charge - Soins	Remarque 21 : Le RAMA fourni par l'établissement indique [REDACTED] escarre chez les résidents en 2022 et [REDACTED] en 2023.
22	3.4.3.9	Prise en charge - Soins	Remarque 22 : Il n'y a pas de commission menu en place dans l'établissement depuis 2021.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD « Les Parentèles de la rue Blanche » géré par société SARL Parentèle de la rue Blanche (groupe DOMIDEP), a été réalisé à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

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

Fonctions support :

- Un taux d'absentéisme et de rotation du personnel en dessous des moyennes départementales, régionales et nationales.

Prise en charge :

- Une grande majorité de résidents disposant d'un médecin traitant.

Elle a également relevé des dysfonctionnements en matière :

Gouvernance :

- L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur.
- La procédure de gestion des événements indésirables ne donne pas de définition des EI ou un EIG à déclarer. Elle ne rappelle pas non plus l'obligation pour tout témoin de signaler un EI ou un EIG et précise que le professionnel signalant ne sera pas sanctionné tant qu'il n'a pas manqué délibérément aux règles de sécurité ou aux bonnes pratiques professionnelles.
- Le plan bleu transmis par l'établissement ne comporte pas de procédure :
 - en cas de rupture de l'alimentation en eau potable,
 - pour la gestion des décès massifs
 - pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu
- La politique de bientraitance et de lutte contre la maltraitance de l'établissement est insuffisamment formalisée.
- La procédure de signalement des événements indésirables et des événements indésirables graves ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République
- La mission ne peut vérifier si les analyses des actions correctives à mettre en place après les enquêtes de satisfaction ou les plaintes sont faites systématiquement et enrichissent le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)
- La mission de contrôle constate que la culture de gestion des EI/EIG est insuffisamment développée au sein de l'établissement.

Fonctions support :

- La présence d'un seul IDE en CDI sur ■ prévus et le recours massifs à du personnel IDE en CDD ne permet pas d'assurer une prise en charge de qualité du résident
- En l'absence de transmission de plannings, la mission ne peut s'assurer d'une présence en nombre suffisant du personnel auprès des résidents pour garantir une prise en charge de qualité.
- Les salariés sont insuffisamment formés à la prise en charge de la personne âgée.

Prise en charge :

- Le RAMA 2023 indique qu'aucun résident admis dans l'établissement n'a donné son consentement
- Les résidents ne bénéficient pas tous d'au moins une évaluation douleur annuelle
- L'établissement n'a pas fournie les données de pesées des résidents demandée, ainsi la mission de contrôle n'a pas la garantie que chaque résident soit pesé une fois par mois.
- Le document « conduite à tenir face à une douleur » n'indique pas que chaque résident doit bénéficier d'au moins une évaluation douleur par an.

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

Saint Denis, le 29/08/2024



Délégation départementale de Paris, ARS Île-de-France



Sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités

Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



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

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

Affaire suivie par : Christel ROUGY

[Redacted]

Téléphone : [Redacted]

Madame Christel ROUGY, coordinatrice de la mission d'inspection, Ingénieure du Génie Sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

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

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

Saint-Denis, le 8 décembre 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 cibles, 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 « Les Parentèles de la Rue Blanche » (FINESS géographique 750035099) situé au 8 rue Blanche, 75008 Paris, géré par la SARL Des Parentèles de la Rue Blanche 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 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 ;

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

15 rue du Landy
93290 Saint-Denis
[Redacted]

84-86 Quai de la République
75012 Paris
[Redacted]

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

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

- Madame Christel ROUGY, coordonnatrice de la mission d'inspection, Ingénieure du Génie Sanitaire, Délégation Départementale de Paris ;
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;

Le contrôle, sur pièces, sera réalisé à compter du **8 décembre 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.

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



Pour la Maire de Paris et par délégation,



Annexe 2 : Lettre de mission modificatrice



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 : Conrad Lajusticia

Directrice

EHPAD Les Parentèles de la Rue Blanche
Groupe DOMIDEP

Saint-Denis, le 29 AOÛT 2024

Madame la Directrice,

Le 8 décembre 2023, votre établissement « Les Parentèles de la Rue Blanche » (N° FINESS 750035099), situé au 9 rue Blanche, 75009 Paris, géré par la SARL Des Parentèles de la Rue Blanche (Groupe DOMIDEP), a fait l'objet d'un contrôle sur pièces, 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, mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris. A cette occasion, il vous a été notifié la composition de la mission de contrôle. A la suite du départ d'agent de la mission, nous vous informons de leur remplacement par Madame Dalhia Elenka, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, qui sera co-signataire du rapport de contrôle et Monsieur Conrad Lajusticia, chargé de projet inspections EHPAD, qui exercera pleinement leurs missions dans le cadre de ce contrôle.

Ainsi, la mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des EMS 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 Dalhia ELENKA, coordinatrice de la mission de contrôle, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation départementale de Paris ;
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet inspections EHPAD, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique Délégation départementale de Paris ;

Les dispositions prévues par la lettre de mission du 8 décembre 2023 restent inchangées. Le présent courrier sera annexé au rapport qui vous sera transmis.

Veuillez agréer, Madame la Directrice, l'expression de nos salutations distinguées.

Pour le Directeur général de l'Agence régionale de santé
d'Île-de-France et, par délégation,

Pour le Maire de Paris et par délégation,

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis

94/06 Quai de la Râpée
75012 Paris

Annexe 3 : Liste des documents demandés

Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces Les Parentèles de la rue Blanche

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

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