

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
« EHPAD Villa Lecourbe »
286 rue Lecourbe, 75015 Paris
N° FINESS 75 001 780 8**

**RAPPORT DE CONTRÔLE
N° 2023_IDF_00238
Contrôle sur pièces du 15/09/2023**

Mission conduite par

- Madame Sarah-Laure POGHAN coordinatrice de la mission d'inspection, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation départementale de Paris, ARS Ile de France
- Madame Dalhia ELENGA, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation départementale de Paris, ARS Ile de France
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de mission Secteur Personnes Agées, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-De-France
- Madame Firyel ABDELJAOUAD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Directions des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris
- Monsieur Frédéric MUSSO, responsable de la mission inspection des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Directions des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure du génie sanitaire, responsable du Pôle santé environnement, ARS Ile-de-France
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, ARS Ile-de-France

Note d'information

Mme Sarah-Laure Pogran et Mme Firyel Abdeljaouad ayant quitté leurs services respectifs, conformément au courrier d'information annexé au présent rapport, elles ont été remplacées par Mme Dalhia Elenga et Monsieur Frédéric Musso, signataires 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 disjoindre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions* ».

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	6
Contexte de la mission de contrôle.....	6
Modalités de mise en œuvre	6
Présentation de l'établissement.....	7
Constats.....	9
Gouvernance	10
Conformité aux conditions de l'autorisation	10
Management et Stratégie	10
Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS)	15
Gestion de la qualité.....	16
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	18
Fonctions support.....	21
Gestion des ressources humaines	21
Prises en charge.....	30
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	30
Respect des droits des personnes	33
Soins.....	34
Coordination avec les autres secteurs.....	36
Risques environnementaux.....	37
Conclusion	44
Glossaire.....	46
Annexes	47
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	47
Annexe 2 : Lettre de mission modificatrice	49
Annexe 3 : Liste des documents demandés.....	51

Synthèse

Données générales sur l'établissement

Nom	Villa Lecourbe	Capacité hébergement permanent	45
Adresse	286 rue Lecourbe	Places habilités aide sociale	0
Arrondissement	75015	Présence d'une UVP	
Gestionnaire	Maisons de famille	Places en UHR	0
Statut juridique	Privé commercial	Places en PASA	0

L'établissement a signé un CPOM en 2019

Éléments déclencheurs de la mission

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

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).

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Le contrôle a été lancé le 8 septembre 2023 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé à la même date. La délégation départementale de l'ARS et le conseil départemental 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 :

Points forts de l'établissement relevés par la mission

Gouvernance

- L'établissement dispose d'un plan bleu complet
- L'établissement a mis en place une démarche d'amélioration continue de la qualité
- La procédure de déclaration et de traitement des EI et EIG est complète

Fonctions support

- Les plans de formations de l'établissement sont complets
- Un accompagnement des nouveaux salariés est prévu dans le livret d'accueil

Prises en charge

- Un livret d'accueil complet en matière de droits des résidents
- Des projets personnalisés à jour pour les résidents (tous moins d'un an au jour du contrôle)
- Une procédure d'admission complète comprenant une évaluation gériatrique des nouveaux résidents à leur entrée dans l'établissement
- Les contentions sont comptabilisées et analysées dans le RAMA de l'établissement
- Un suivi nutritionnel en place et un rythme des pesées mensuel respecté

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

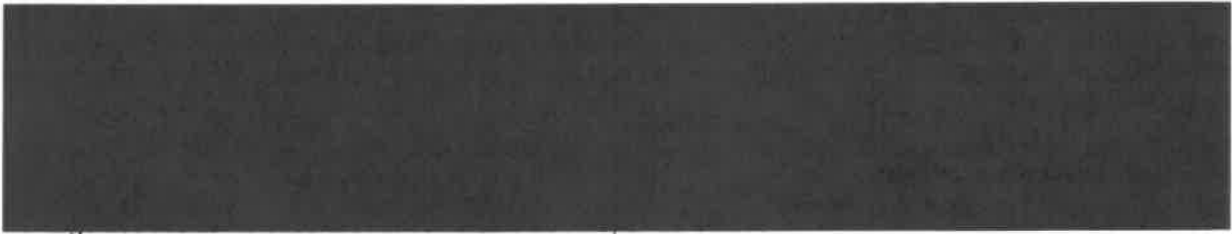
L'établissement est concerné par 3 écarts majeurs, 14 écarts et 22 remarques.

Écarts majeurs :

- La mission ne peut apprécier le temps de réponse au système d'appel-malade (Article L311-3, 1° du CASF).
- Au vu des poids de DASRI produits, la collecte doit être hebdomadaire.

- Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur.

Ecart :

- Les dispositions de l'article 6-1 du règlement de fonctionnement ne sont pas conformes aux dispositions des articles L.1111-4 et R.4127-42 du CSP.
- La fiche de poste du MEDEC n'est pas conforme à l'article D.312-156 du CASF.
- La composition du CVS n'est pas conforme à l'article D.311-4 du CASF.
- La direction de l'établissement ne présente pas l'analyse des EI/EIG et dysfonctionnement aux membres du CVS, ainsi que les mesures correctrices, ce qui contrevient à l'article R.331-10 du CASF.
- Une plainte portant sur le circuit du médicament n'a pas donné lieu à EI et analyse des causes ce qui contrevient aux articles L311-8-1 et R331-8 à 10 du CASF.
- La classification de certains événements en EI et non en EIG est à justifier (articles L311-8-1 et R331-8 à 10 du CASF).
- Des auxiliaires de vie assurent des missions de soignants, ce qui contrevient à l'article D.312-155-0 du CASF.
- 
- 
- 
- 
- La mission ne peut s'assurer du caractère annuel de la Commission de Coordination Gériatrique (Article D312-158, 3° du CASF).
- Le protocole de délégation d'administration des traitements fourni ne précise pas la nécessité pour les IDE de s'assurer de la capacité des AS à délivrer les traitements ainsi que les informations devant être transmises par l'AS au personnel infirmier ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF.

Remarques :

- Le règlement de fonctionnement n'est pas assez précis sur certains points, notamment sur les mesures à prendre en cas de violence sur autrui.
- Le projet d'établissement ne mentionne pas s'il a fait l'objet d'une présentation et d'une validation par le CVS et les instances représentatives du personnel.
- Le projet d'établissement ne définit ni un pilote pour chaque objectif ni d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs pour chaque action afin de faciliter le suivi du plan d'action.
- Les personnels hôteliers et administratifs devant accomplir des actes d'aide au à la toilette ou à la prise de repas dans le cadre du plan de continuité de l'activité ne font pas l'objet d'un accompagnement par un personnel qualifié pour accomplir ces actes.
- Les annexes « infrastructure » et sur la conduite à tenir en cas de décès inattendu ne sont pas complètes et à jour.
- La mission de contrôle s'interroge sur la pratique de laisser deux chèques vierges signés dans le coffre-fort du bureau de la direction.
- La politique de promotion de la bientraitance est insuffisamment formalisée.
- Aucun groupe d'analyse des pratiques professionnelles animé par un intervenant extérieur n'est organisé.
- La conduite à tenir en cas de violences constatées sur un résident ne traite pas des violences entre résidents ou de situation de violence entre un professionnel et un résident.
- Certains personnels présents le jour du contrôle n'apparaissent ni sur l'organigramme de l'établissement ni dans le registre du personnel.
- Le rôle et les missions du référent projet personnalisé ne sont pas précisés.
- La procédure n'explicite pas les modalités de participation du résident à la révision de son PAP.
- L'ensemble des informations réglementaires n'apparaissent pas sur la convention de collecte ; ici les installations de traitement.
- La direction doit s'assurer la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.

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 « Villa Lecourbe », situé au 286 rue Lecourbe, 75015 Paris, FINESS n°75 00 178 08, 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

Ainsi que les risques environnementaux au sein de la structure.

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 15 septembre 2023 avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 8 septembre 2023. Un e-mail a été transmis à la direction le 8 septembre 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 aux outils sécurisés <https://collecte-pro.gouv.fr/> ainsi que <https://bluefiles.com/fr> 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 informés du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision.

Présentation de l'établissement

Située au 286 rue Lecourbe, la « Villa Lecourbe » est un EHPAD géré par la SAS « Maison de Famille France », situé 1 place Victor Hugo, 92400 Courbevoie. Le Groupe, fondé en 2003, dispose de 15 EHPAD en France et d'un établissement de soins de suite et de ré-éducation en Ile-de-France.

L'établissement « Villa Lecourbe » a été autorisée par l'arrêté conjoint de l'ARS et de la Ville de Paris du 1^{er} décembre 2003 pour l'accueil de 45 personnes âgées dépendantes. Il dispose de 43 chambres individuelles et d'une chambre double.

L'établissement ne dispose pas de place habilitée à l'aide sociale.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS du 13 juin 2018, [REDACTED]. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles supérieures aux chiffres médians régionaux¹ pour le GMP et pour le PMP.

Les 41 résidents accueillis en septembre 2023 étaient répartis plus précisément comme suit :

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

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

Étage/bâtiment	Nombre de chambres	Nombre de résidents accueillis	GIR moyen	GMP moyen
1er étage (UVP)	[REDACTED]			
2e étage				
3e étage				
4e étage				
5e étage				
6e étage				

Le budget de fonctionnement (hors hébergement, car non communiqué par l'établissement) est de 1 262 264,27€ en 2023, dont 316 588,00 € au titre de la dépendance et 945 676,27 € au titre du soin.

¹ En Île-de-France, le GMP et le PMP validé médian s'élève respectivement à 740 et 223 d'après le tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2022 sur les données de 2021)

² Source : liste des résidents en septembre 2023, transmise par l'établissement.

³ Source : RAMA 2022

⁴ 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	Villa Lecourbe		
Nom de l'organisme gestionnaire	Maisons de Famille		
Numéro FINESS géographique	750017808		
Numéro FINESS juridique	920023728		
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 ⁵	45	45
	HT ⁶		
	UVP ⁷	NA	8
	PASA ⁸		
	UHR ⁹		
	UPHV ¹⁰		
	AJ ¹¹		
	AN ¹²		
	PFR ¹³		
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0		

⁵ Hébergement permanent⁶ Hébergement temporaire⁷ Unité de vie protégé / unité protégé⁸ Pôle d'activité et de soins adaptés⁹ Unité d'hébergement renforcée¹⁰ Unité pour personnes âgées vieillissantes¹¹ Accueil de jour¹² Accueil de nuit¹³ 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 Au 18 septembre 2023, l'établissement compte 41 résidents. Le taux de présence s'élevait donc à [REDACTED]. Le taux d'occupation s'élevait à [REDACTED].	
1.1.3.1	Répartition des résidents en fonction du GIR Au 18 septembre 2023, [REDACTED] des résidents ont un GIR 1, 2 ou 3. [REDACTED] des résidents ont un GIR 1 ou 2. Ces proportions sont conformes à la réglementation en vigueur.	

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement Le règlement de fonctionnement n'est pas daté. Il a été présenté les 22 janvier aux instances représentatives du personnel et au Conseil de la vie sociale. Il dispose qu'il est valable 5 ans.	Remarque 1 : Le règlement de fonctionnement n'est pas daté.
1.2.1.2	Le contenu du règlement de fonctionnement Le règlement de fonctionnement comprend les rubriques attendues : - respect des droits des personnes prises en charge, - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - sécurité des personnes et des biens, - 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.	Ecart 1 : Les dispositions relatives au CVS ainsi que les dispositions de l'article 6-1 du règlement de fonctionnement, relatives aux mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ne sont pas conformes aux dispositions des articles L.1111-4 et R.4127-42 du CSP ainsi qu'à l'article D311-15 du CASF. Remarque 2 : Le règlement de fonctionnement n'est pas assez précis sur certains points, notamment sur les mesures à prendre en cas de violence sur autrui.

N°GAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le paragraphe sur le CVS n'a pas été mis à jour au regard du nouvel article D.311-15 du CASF entré en vigueur le 1er janvier 2023. Le règlement de fonctionnement précise qu'en cas d'urgence, d'éloignement ou d'absence des proches ou du représentant légal, « l'établissement pourra être amené à se substituer à celui-ci ou à des proches en vue de prendre une décision relative aux soins à lui prodiguer ». Cette disposition n'est pas conforme à l'article L.1111-4 du CSP. Seul le médecin, et uniquement en cas d'urgence, doit prodiguer les soins, conformément à l'article R4127-42 du CSP. Les sanctions en cas de maltraitance ne sont pas exposées. Les sanctions en cas de faits de violence sur autrui ne sont pas définies. Le projet d'établissement	
1.2.1.4	Le projet d'établissement est daté du 29 septembre 2018 et porte sur les années 2018-2023. Il précise dans a conclusion que des groupes de travail composés de résidents, de familles et de salariés ont été organisés de mars à juin 2017. Il ne mentionne pas s'il a été présenté au CVS et aux instances représentatives du personnel. Le projet d'établissement comprend les rubriques attendues. Il présente le projet individualisé en mettant l'accent sur le suivi et l'actualisation du projet, mais sans mentionner la désignation d'un référent, ni son rôle de référent ni ses missions. Il présente : - un projet médical animé par le MEDEC et axé sur la prévention, la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse et la réorganisation du circuit du médicament afin de le sécuriser. - un projet de soins fondé sur les principes de la méthode [REDACTED] et qui se fixait 7 objectifs sur les années 2018-2023 : ➤ Améliorer les bonnes pratiques de manipulation, ➤ Lutter contre l'excès pondéral et la dénutrition, ➤ Réduire le nombre de chutes graves, ➤ Poursuivre la prévention et la lutte contre la déshydratation, ➤ Améliorer la continuité des soins, ➤ Mettre en place des toilettes évaluatives prescrites, ➤ Favoriser la verticalisation des résidents. Il précise que la psychologue mène les évaluations des troubles de la mémoire, la psychomotricienne est le garant du suivi des chutes et de la contention. - Un projet d'animation complet qui propose des animations 7 jours sur 7 et jusqu'à 4 activités par jour. Le personnel hôtelier et soignant participe aux animations sous l'égide de l'animatrice. Ce projet se propose de développer un projet d'animation propre à l'UVP. - Un projet hôtelier qui a un volet restauration qui se donne pour objectif de lutter contre la dénutrition, d'améliorer la qualité des repas et la présentation des textures modifiées ; et un volet linge afin d'améliorer le circuit du linge. - Un projet social.	Remarque 3 : Le projet d'établissement ne mentionne pas s'il a fait l'objet d'une présentation et d'une validation par le CVS et les instances représentatives du personnel.
1.2.1.5		Remarque 4 : Le projet d'établissement ne définit ni un pilote pour chaque objectif ni d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs pour chaque action afin de faciliter le suivi du plan d'action.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.6	De manière globale, si le projet d'établissement mentionne pour chaque paragraphe des objectifs d'amélioration ou d'approfondissement des pratiques et des actions à mener, il ne définit pas les pilotes de ces actions ni les indicateurs qualitatifs et quantitatifs permettant de mesurer l'avancée du projet. Le plan bleu Le plan bleu a été mis à jour le 11 janvier 2023 pour le mettre en conformité avec l'instruction 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 EHPAD. La présentation du plan bleu pose la mise en place d'une cellule de crise au niveau du CODIR, la formation des membres de la cellule une fois par an, la nécessité d'un retour d'expérience mené par la cellule de crise. La fiche de l'établissement et la fiche contacts ont été mises à jour en mars 2023. La cartographie des risques ne comporte pas de date de mise à jour, mais passe en revue l'ensemble des menaces. Une série de fiches réflexes est jointe au plan et décrit la conduite à tenir de façon synthétique et claire selon le type d'évènement (incendie, attaque armée, cyberattaque, coupure électrique, ingestion de produit chimique, projection de produits chimiques, disparition inquiétante, suicide ou tentative de suicide, violence physique ou maltraitance constatée sur un résident). Le plan de continuité de l'activité a été mis à jour en mars 2020. Il autorise en cas de taux d'absentéisme (non précisé) un aménagement et un glissement de tâches : ▪ Des ASH autorisés à aider à la toilette et à la prise de repas. Si les glissements de tâches envisagés apparaissent limités, ils apparaissent insuffisamment accompagnés. Les dispositions prévues nécessitent notamment pour les ASH un accompagnement dans les premiers moments aux gestes à accomplir. L'ensemble des postes (IDEC, IDE, AS, cuisine) est passé en revue en mentionnant les tâches supprimées et les tâches reportées. Une fiche en cas de coupure informatique précise que le DLU est imprimé deux fois par an ; elle indique que le plan de soins est extrait du logiciel de soins à minima deux fois par an et à chaque modification importante. Il mentionne que la délivrance des soins et des médicaments en cas de coupure supérieur à 24h ne sera pas validée a posteriori. Les actes tracés sur le plan de soins seront scannés et classés dans le logiciel de soins. La mission relève quelques manques : – La fiche « infrastructure » limité au plan canicule n'a pas été remplie (la date portée sur le document est une mise à jour en date du 7 juin 2018), – La conduite à tenir en cas de décès inattendu date de septembre 2012 : elle n'a pas fait l'objet de mise à jour (notamment coordonnées de l'ANSM obsolètes),	Ecart 2 : Les personnels hôteliers et administratifs devant accomplir des actes d'aide au à la toilette ou à la prise de repas dans le cadre du plan de continuité de l'activité ne font pas l'objet d'un accompagnement par un personnel qualifié pour accomplir ces actes ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF. Remarque 5 : Les annexes « infrastructure » et sur la conduite à tenir en cas de décès inattendu ne sont pas complètes et à jour.

N°CAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	— La fiche « signalement aux autorités administratives d'un cas de maltraitance/dysfonctionnement et événements graves » ne fait pas état de l'article L. 119-1 du CASF. Voir analyse plus approfondie, plus bas p.19	
1.2.2.11.2.2.6 1.2.2.7	La directrice de l'établissement La directrice de l'établissement détient une certification professionnelle de [REDACTED] en qualité de directrice [REDACTED] Elle a signé un CDI [REDACTED] Son contrat de travail a été transféré à la maison Villa Lecourbe [REDACTED] La fiche de poste décrit les relations hiérarchiques et fonctionnelles du directeur avec les salariés de l'établissement et liste l'ensemble de ses missions et tâches. Elle ne mentionne pas de date. La mission relève que l'établissement a connu depuis 2022 trois directrices différentes.	
1.2.2.1	L'organigramme de la structure Le directeur est clairement positionné comme responsable hiérarchique direct de l'équipe de direction : directeur adjoint, MEDEC, IDEC, responsable de l'hostellerie, le chef gérant, l'animateur, psychologue et psychomotricienne et le personnel administratif ([REDACTED] assistante de direction et [REDACTED] hôtesse d'accueil). L'organigramme place sous la responsabilité de l'IDEC [REDACTED] IDE [REDACTED] AS/AES (ex AMP) et [REDACTED] auxiliaires de vie. La responsable hôtelière a sous sa responsabilité [REDACTED] ASH et un agent de maintenance.	
1.2.2.8	Astreintes administratives Deux documents encadrent l'organisation des astreintes de direction : — La fiche « organisation en vue d'une absence pour congés du directeur » mise à jour le 28 février 2023. — Le formulaire « check-list Organisation en cas d'absence du directeur » mise à jour le 8 septembre 2023 d'une part d'une absence du directeur du 09 septembre au 04 octobre 2023. Ce formulaire est à transmettre à l'ensemble des cadres de l'établissement et envoyé au Codir de la maison mère. La mission de contrôle s'interroge sur la pratique de laisser deux chèques vierges signés dans le coffre-fort du bureau de la direction.	Remarque 6 : Il est constaté la présence de deux chèques vierges signés dans le coffre-fort sans explications justifiant cette pratique.
1.2.2.10	Délégation de pouvoirs La directrice a signé avec le directeur général délégué de la SAS Maisons de famille France une délégation de pouvoir le 1er juillet 2023. Elle est responsable dans ce cadre de la santé, l'hygiène et la bientraitance des résidents, la gestion des ressources humaines et la représentation du personnel et de la direction du personnel incluant la définition et la mise en œuvre du projet d'établissement, la coordination avec les institutions et intervenants extérieurs ainsi que la gestion commerciale, financière et administrative de l'établissement. La mission de contrôle relève l'importance accordée à la bientraitance des résidents dans le cadre de cette délégation de pouvoir.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Ce document unique de délégation de pouvoir comprend un paragraphe sur la possibilité de subdélégation. Il est globalement cohérent avec la fiche de poste de directeur. Au sein de l'établissement, l'ensemble du CODIR participe aux astreintes de week-end : l'animateur, la psychomotricienne, la responsable hébergement, l'assistante de direction, l'IDEC, la psychologue et la directrice. Une adjointe de direction est également mentionnée sur le planning sur les 4 premiers mois de 2023. L'établissement a joint à ces documents un planning des permanences et de la cellule de crise du siège comportant les numéros et les noms des personnes joignables chaque semaine de l'année d'avril à septembre 2023.	
1.2.2.12	Présence et qualifications de l'IDEC L'IDEC a signé un CDI [REDACTED]. Sa fiche de poste précise qu'il est sous la responsabilité hiérarchique du directeur et qu'il a sous sa responsabilités l'ensemble du personnel de soins : IDE, AS, AES (ex AMP), auxiliaires de vie. Elle décrit l'ensemble de ses missions et tâches. L'IDEC détient un diplôme d'état d'infirmier [REDACTED]. Il est régulièrement inscrit au Conseil de l'ordre des infirmiers.	Remarque 7 : L'établissement n'a pas transmis de document attestant que le responsable des soins détient une certification d'IDEC, ce qui est susceptible de mettre en danger la prise en charge et la sécurité des résidents.
1.2.2.14	Présence et temps de travail du médecin-coordonnateur Le MEDEC a signé un CDI pour exercer les fonctions de médecin coordonnateur à temps partiel [REDACTED]. Il est conforme aux dispositions de l'article D.312-156 du CASF modifié par le décret 2022-731 du 27 avril 2022. Sa fiche de poste ne mentionne pas la coordination de la « réalisation d'une évaluation gériatrique à l'entrée du résident puis en tant que de besoin » (article D.312-158 6e du CASF). Il a sous sa responsabilité fonctionnelle l'ensemble du personnel de soins en coordination avec l'IDEC. Il a également signé un CDI à temps partiel en qualité de médecin prescripteur à raison de [REDACTED] ETP.	Ecart 3 : La fiche de poste du MEDEC n'est pas conforme à l'article D.312-156 du CASF
1.2.2.15	Qualifications du médecin-coordonnateur Le MEDEC est inscrit au RPPS et sa carte d'inscription à l'ordre pour l'année 2023 a été transmise. Il détient un doctorat de médecine de [REDACTED]. Ses qualification et diplôme sont conformes à la réglementation en vigueur.	

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

N° IGAS	Conseil de la Vie Sociale	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.3.3.1	L'établissement a transmis le règlement intérieur du conseil de la vie sociale sous format Word : il n'est ni daté, ni signé. Il mentionne l'entrée en vigueur au 1er janvier 2023 du décret 2022-688 du 25 avril 2022. La date d'approbation du nouveau règlement par le CVS n'a pas été renseignée. Le CVS selon ce document est composé d'une représentante des résidents, de deux représentants des familles, d'une représentante du personnel, un membre de l'organisme gestionnaire, le MEDEC. La directrice de l'établissement siège avec voix consultative et non délibérative. La composition du CVS telle qu'exposée dans le règlement intérieur n'est pas conforme à l'article D311-4 du CASF : un seul représentant des résidents, un nombre égal de représentants des familles et résidents d'une part, et des représentants de l'établissement et/ou de l'organisme gestionnaire de l'autre. De plus la séance du 15 juin 2023 s'est tenue en l'absence de représentant des résidents. La mission de contrôle relève que face à la difficulté de trouver des candidats, en 2016, l'établissement avait développé d'autres modes de participation : – une commission d'animation portant sur le recueil des besoins et attentes des résidents en animation et sur les thématiques liées au fonctionnement de l'établissement, – le développement des fiches d'évènement indésirables à destination des familles, – un café des familles animée par la psychologue. La mission ne peut établir que ces autres modes de participation ont été envisagés face à la difficulté actuelle. Les comptes rendus de ces réunions du CVS montrent que les échanges avec les représentants des familles sont riches. Le CVS s'est réuni 4 fois en 2022, dont une fois à titre exceptionnel en février 2022. Il s'est réuni entre le 1er janvier et le 18 septembre 2023 une seule fois le 15 juin.	Ecart 4 : La composition du CVS n'est pas conforme à l'article D.311-4 du CASF.	
1.3.3.2	Présentation des EI et dysfonctionnement en CVS Les résultats de l'enquête de satisfaction menée auprès des résidents et des familles ainsi que l'analyse des remontées négatives sont présentés à la séance du CVS du 6 juillet 2022. Si les familles font remonter les dysfonctionnements au CVS, la direction ne présente pas de bilan des EI et dysfonctionnements.	Ecart 5 : La direction de l'établissement ne présente pas l'analyse des EI/EIG et dysfonctionnement aux membres du CVS, ainsi que les mesures correctrices, ce qui contrevient à l'article R.331-10 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 La démarche qualité est présentée dans le projet d'établissement. Elle place au premier plan la promotion de la bientraitance. Un référent Qualité est chargé de suivre le plan d'actions prioritaires. Le plan d'amélioration de la qualité a été transmis à la mission de contrôle. Il est construit à partir de différents audits (standard accompagnement, standard hôtelier, standard management, audits internes), des événements indésirables, des remontées des réunions de service, des enquêtes de satisfaction, des plaintes et de l'évaluation interne). Chaque action a un pilote et une date d'échéance. L'action est déclinée en objectifs opérationnels. L'état d'avancement est noté et commenté dans le tableau. Il compte 73 actions : 19 ont été réalisées en 2022, 40 sont à réaliser en 2023 et 4 resteront à réaliser en 2024. Évaluations interne et externe Le rapport d'évaluation interne est daté du 16 novembre 2015. Le rapport d'évaluation externe est daté du 1er décembre 2017. L'évaluation externe n'avait relevé aucune faiblesse et n'avait émis aucune préconisation. La prochaine évaluation doit être menée d'ici le 2eme semestre 2026 en vertu de l'arrêté conjoint de l'ARS Ile-de-France et de la Ville de Paris du 27 février 2023. Politique de promotion de la bientraitance/lutte contre la maltraitance Le projet d'établissement soulignait la mise en place d'une politique active de bientraitance et de lutte contre la maltraitance fondée sur la formation et la sensibilisation du personnel. L'établissement est engagé dans le développement de la méthode [REDACTED] et la promotion du questionnaire éthique. Un comité de pilotage [REDACTED] composé de l'IDEC, la responsable hôtellerie, la psychologue, la psychomotricienne, l'animatrice, une IDE une aide-soignante et un ASH devait se tenir tous les trimestres. Des référents [REDACTED] devaient être formés. Le projet d'établissement met en avant des groupes de paroles de soignants et des groupes de paroles des familles tous les mois animés par la psychologue. Afin de prendre en compte les besoins différents des personnes plus ou moins dépendantes, le personnel devait être formé au simulateur de vieillissement et différentes personnes ressources de l'établissement devaient animer des mises en situation. Un comité d'éthique et de bientraitance a été mis en place en 2013 en vue d'assurer une veille des événements indésirables et des risques de donner son avis sur toute situation difficiles et d'assurer une bonne diffusion de l'information auprès des familles, des résidents et du personnel. Ce comité est composé des mêmes membres que le comité de pilotage [REDACTED]	
1.4.2.1		
1.4.3.1		Remarque 8 : La politique de promotion de la bientraitance est insuffisamment formalisée. Remarque 9 : Si des sensibilisations à la bientraitance d'une heure sont dispensées annuellement, des formations doivent être assurées en complément. Remarque 10 : Aucun groupe d'analyse des pratiques professionnelles animé par un intervenant extérieur n'est organisé.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'évaluation interne, datée de 2015, relevait que le psychologue organisait des groupes d'analyse des pratiques professionnelles deux fois par mois avec des thèmes identifiés. Un référent Bientraitance était nommé au sein de l'équipe de soins, et travaille en collaboration avec la psychologue afin de sensibiliser les équipes. Aucun document n'a été transmis permettant d'établir que les objectifs posés dans le projet d'établissement ont été menés à bien. Aucune mention n'est faite d'un éventuel référent bientraitance dans les procédures transmises concernant notamment les EI. Son rôle et ses actions ne sont définis dans aucun document. Le plan de développement de compétences transmis mentionne qu'une heure de formation sur la bientraitance a été dispensée à ■ salariés en 2021 en présentiel et en 2022 en distanciel. Ce volume de formation, au regard de l'importance de la promotion de la bientraitance, est insuffisant : des mises en situation, des réflexions éthiques, un partage d'expérience sont nécessaires, ce qui nécessite des échanges en groupes et une formation de plusieurs jours. La mission relève l'absence de groupes d'analyses de pratiques professionnelles animées par un psychologue extérieur à l'établissement.	
1.4.3.2	Procédure en cas de violence/harcèlement sexuel Une fiche « conduite à tenir en cas de violences constatées sur un résident » est annexée au plan bleu : elle a été mise à jour le 6 mars 2023. La procédure rappelle l'obligation de signalement du personnel ainsi que l'article L.313-24 du CASF qui dispose que les signalants sont protégés. Elle préconise l'intervention d'un psychologue externe à l'établissement pour soutenir les résidents, les personnels et les personnes ayant dénoncé les actes de violence. Cette procédure ne concerne que les cas d'agressions perpétrées par des personnes « étrangères à l'établissement ». Elle ne propose pas les modalités de prise en charge en cas de violences entre résidents ou entre résidents et le personnel ou encore entre deux professionnels.	Remarque 11 : La conduite à tenir en cas de violences constatées sur un résident ne traite pas des violences entre résidents ou de situation de violence entre un professionnel et un résident.
1.4.3.3	Procédure de signalement en cas d'agression S'il existe une procédure générale de signalement aux autorités administratives (Cf. plus bas, p. 19), la mission constate que l'établissement n'a pas élaboré une procédure propre aux situations d'agression et de maltraitance permettant de travailler avec les équipes sur la notion de maltraitance et la manière de repérer, prendre en charge et suivre les situations de maltraitance et d'agression.	Cf. remarque case plus haut.

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.5.1.1	Les enquêtes de satisfaction : L'établissement a transmis 3 documents : l'une enquête post Covid datée de juillet 2020, la deuxième menée de mars à mai 2022 ; le troisième document est une remontée de statistiques mensuelles entre mai et décembre 2022 intitulée « questionnaire résident famille entrée » qui présente des notes de satisfaction par item sans analyse. L'enquête post COVID renseigne des taux de satisfaction des familles, des résidents et des salariés, sans analyse qualitative permettant de dégager des mesures correctrices ou préventives. L'enquête de satisfaction de 2022 définit des axes d'amélioration prioritaires en lien direct avec les résultats. Ils portent sur le circuit du linge, la restauration, les informations données sur le suivi médical. Malgré l'insatisfaction des résidents sur la qualité des repas proposés, le PACQ envisage de proposer des menus « haut de gamme » payants avec supplément Enregistrement, traitement et suivi des plaintes : L'établissement a transmis : ➢ Le registre des plaintes et réclamations sous format Excel (années 2022 et 2023), ➢ Les trois dernières réclamations datées d'août et septembre 2023, ➢ Un Retex à la suite d'une de ces trois réclamations. Les outils de déclaration comme de suivi sont les mêmes outils que ceux permettant l'enregistrement et le suivi des événements indésirables, plaintes informelles, plaintes portées au classeur à l'accueil ou transmises par courrier ou courriel, elles sont enregistrées dans le logiciel comme des fiches événements indésirables (FEI). La procédure prévoit une transmission au directeur et une réponse dans les 7 jours dans le cadre d'un entretien, puis d'un courrier. Le registre des plaintes permet un suivi régulier des actions à mener qui ont été définies : il mentionne la date, la thématique, l'action entreprise et l'analyse menée, les suites données et la priorité. Il ne précise pas systématiquement si une réponse a été faite à la famille et/ou au résident qui a exprimé une insatisfaction ou déclaré un dysfonctionnement. Les fiches des événements indésirables qui rendent compte des réclamations sont enregistrés par le personnel (directrice, IDE) et ne mentionnent pas le nom du réclamant. Cependant la fiche mentionne la date de réponse au signalant s'il s'agit d'une réclamation écrite. La première réclamation transmise concerne une réponse tardive à un appel malade à la suite d'une chute. Cet événement a été qualifié d'événement indésirable nécessitant une analyse des causes profondes » et a donné lieu à un retour d'expérience (Retex).	Ecart 6 : Une plainte portant sur le circuit du médicament n'a pas donné lieu à EI et analyse des causes ce qui contrevient aux articles L311-8-1 et R331-8 à 10 du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La deuxième réclamation porte sur le manque d'un médicament pendant plusieurs jours : une action immédiate a été entreprise (achat du médicament manquant). La FEI mentionne qu'un événement identique est déjà survenu dans l'établissement. Cet événement, pourtant mentionné comme étant déjà survenu, n'a pas donné lieu à analyse des causes ni Retex, alors même qu'il porte la mention « A surveiller ». La troisième plainte est reçue dans le cadre d'un entretien et concerne le ménage non fait à un étage. Les actions correctrices ont été apportées. La FEI ne précise pas si le défaut d'organisation constatée a été analysée par le responsable hôtelier.	
1.5.1.3	Déclaration des E/I/EIG Le projet d'établissement prévoyait la mise en place d'un système informatisé de la gestion des risques, l'accès simplifié de tout le personnel à la base documentaire, la formation du personnel à la saisie des fiches d'événement indésirable (FEI). Le système au jour du contrôle est de fait informatisé. L'établissement a transmis plusieurs documents : – Une procédure « signalement et gestion des événements indésirables- réclamations interne » mise à jour le 16 janvier 2023. – Une procédure de « signalement aux autorités administratives d'un cas de maltraitance / dysfonctionnement et événements graves mise à jour le 29 novembre 2022. – Une fiche : « EIG(S) : que signaler et comment » mise à jour le 1er septembre 2023. La procédure de signalement et de gestion des EI pose comme objectifs notamment de mettre en place une politique de prévention des risques et d'organiser des temps de discussion entre professionnels pour analyser les problèmes survenus. Elle mentionne que dans chaque établissement un référent qualité est nommé. S'agissant d'une procédure du siège non adaptée à l'établissement, le nom du référent n'y est pas indiqué. La référent qualité est chargé de relire toutes les FEI afin de vérifier qu'il est correctement qualifié, de le prioriser et de nommer un pilote des actions à mener et à suivre. Un degré de gravité de fréquence est attribuée (conformément aux préconisations de la HAS). La procédure précise qu'en cas EI le pilote analyse l'EI seul ou avec son équipe. En cas d'EIG, une analyse des causes profondes en réunion pluridisciplinaire est nécessaire : un compte-rendu est transmis aux autorités de tarification. Les actions définies sont directement liées au plan d'amélioration de la qualité. Un bilan est communiqué aux salariés tous les 6 mois sur le nombre d'EI, leurs objets, et les actions mises en place. La mission relève que ce bilan n'est pas transmis au CVS (Cf. écart p.15). La fiche de signalement de l'établissement intitulée « EIG(S) que signaler et comment ? », reprend les 11 catégories d'EIG. Elle est conforme à l'attendu. La procédure signalement aux autorités administratives d'un cas de maltraitance/dysfonctionnement et événements graves rappelle la définition de maltraitance du Conseil de l'Europe. Elle reprend les 11 catégories d'EIG définies par décret. Elle omet de se référer à l'article L.119-1 du CASF. La procédure mentionne l'obligation de signalement au procureur dans certaines situations, mais ne précise pas qui en a la charge et la responsabilité. Elle ne rappelle pas la protection due au salarié, en vertu de l'article L.313-24 du CASF.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Analyse et suivi des EI/EIG		
	Le tableau des EI et EIG 2022 et 2023 transmis par l'établissement distingue 3 catégories : les EIG à déclarer aux autorités, des EI nécessitant une analyse des causes profondes et les EI liés à la vie quotidienne.	
	La mission de contrôle relève 1 EIG en date du [REDACTED] EI nécessitant une analyse des causes profondes, et 147 événements de la vie quotidienne.	
	Quelques EI qualifiés d'événements de la vie quotidienne auraient dû être considérés comme des EI nécessitant d'analyser les causes profondes, a minima du fait de leur récurrence : - Des EI concernant deux résidents ayant des troubles du comportement pour lesquels il est constaté à plusieurs reprises des négligences de soin la nuit ou au matin : ces EI ont été estimés « non critiques » ; seul un rappel aux soignants a été fait. - Un constat d'hématomes sur l'avant-bras d'une résidente. - Des défauts dans le circuit du médicament (qui concerne aussi les stupéfiants). - Des défauts de surveillance des soins de la part d'IDE contractuels.	
1.5.1.5	Les absences imprévues du personnel soignant sont répertoriées de manière diverse (sans mention, classées dans la catégorie « qualité de service », « gestion des plannings » ou « disponibilité du personnel »), ce qui ne permet pas une analyse de la récurrence de ce type d'événement qui a une conséquence directe sur la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.	Ecart 7 : La classification de certains événements en EI et non en EIG est à justifier (articles L311-8-1 et R331-8 à 10 du CASF).
	Un vol ayant fait l'objet d'un dépôt de plainte aurait dû être déclaré comme EIG (catégorie 11).	
	L'absence d'infirmière pendant une semaine aurait également dû faire l'objet d'un EIG au regard du risque encouru par les résidents.	
	Un EI nécessitant une analyse des causes profondes aurait dû faire l'objet d'EIG : il s'agit d'une défection du dispositif des IDE de nuit.	
	Signalements et transmission des RETEX	
	L'EIG du [REDACTED] n'a pas l'objet d'une déclaration à la Ville de Paris.	Ecart 8 : L'EIG du [REDACTED] n'a pas été déclaré à la Ville de Paris ce qui contrevient aux articles L331-8-1, R331-8 du CASF.
1.5.1.6	Un tableau intitulé « Fiche retex » a été transmis à la mission de contrôle : il ne permet pas de décrire et d'analyser le processus du retex. Il comporte 2 EI et l'EIG répertorié dans la liste des EI et EIG transmise : ➤ L'absence d'intervention de l'IDE de nuit : l'analyse des causes n'aboutit pas à une réflexion sur la prise en charge de l'urgence la nuit ➤ L'EIG du [REDACTED] donne lieu au constat que l'agent ne s'est pas inscrit à la formation sur la bientraitance et au licenciement, mais les raisons profondes de la possibilité qu'un tel acte ait eu lieu n'est pas analysé. ➤ L'EI concernant un délai trop long de réponse à la suite d'une chute est lui plus complet : il passe en revue l'ensemble des causes et propose pour une partie d'entre elles des actions. La question de l'ascenseur unique pourtant soulevée par plusieurs EI n'est pas abordée. La mission de contrôle constate qu'aucune action n'est inscrite au PACQ concernant l'unique ascenseur de l'établissement.	Remarque 12 : Les retours d'expériences fournis à la mission sont partiels, incomplets et ne permettent pas vérifier l'analyse des causes ainsi que de tracer les actions mises en place.

Fonctions support

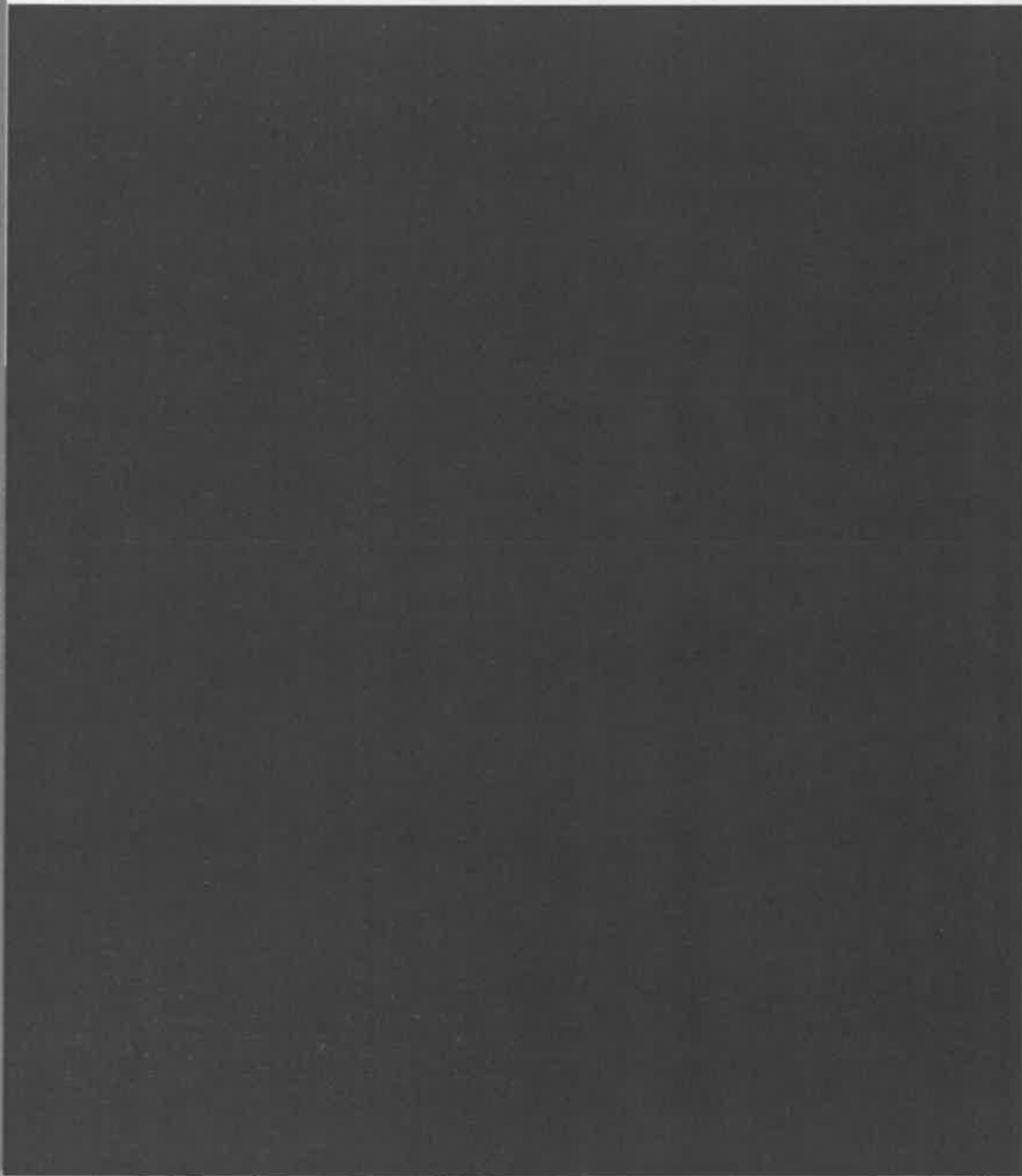
Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.1	Les effectifs	Ecart 9 : Des auxiliaires de vie assurent des missions de soignants, ce qui contrevient à l'article D.312-155-0 du CASF.

N°IGAS

Observations ou commentaires

Constat EIR



22/52

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.3		
2.1.1.6		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.2.1	<u>Le plan de développement des compétences</u> L'établissement a transmis les plans de développement des compétences de 2021, 2022 et 2023. <u>Le plan de 2021 contient les formations suivantes :</u> -Simulateur de vieillissement (présentiel, tous les salariés), -e-learning Intégration (e-learning, tous les salariés), -e-learning Alzheimer (e-learning, tous les salariés), -e-learning Bientraitance (e-learning, tous les salariés), -positionnement au fauteuil roulant (présentiel, pour les AS), -installation au lit en sécurité et positionnement (présentiel, pour les AS), -bonnes pratiques repas thérapeutiques (présentiel, tous les salariés), -douche au lit (présentiel, pour les AS), -secret professionnel (pour tous les salariés), -fin de vie (présentiel, pour les AS), -bientraitance (présentiel, tous les salariés), -communication verbale et non verbale (présentiel, tous les salariés), -troubles du comportement (présentiel, tous les salariés), -HIACCP (présentiel, équipe restauration), -Textures modifiées (Bienfaits), (présentiel, équipe restauration), -Manger mains, (présentiel, chef de cuisine), -Une formation « contrat d'apprentissage AS ». <u>Le plan de formation 2022 contient les formations suivantes :</u> -Trois formations « Parcours Management [REDACTED] » pour un membre de l'équipe de direction, -Simulateur de vieillissement – janvier 2022 (présentiel, pour tous les salariés), -e-learning Intégration (e-learning, tous les salariés), -e-learning Alzheimer (e-learning, tous les salariés),	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	-e-learning Bienveillance (e-learning, tous les salariés), -e-learning Sexualité et vie affective (e-learning, tous les salariés), -positionnement fauteuil roulant (présentiel, pour les soignants), -installation lit (présentiel, pour les soignants), -bonne pratique repas (présentiel, pour les soignants), -aides technique (présentiel, pour les soignants), -douche au lit (présentiel, pour les soignants), -secret professionnel (présentiel, tous les salariés), -communication verbale et non verbale (présentiel, pour les soignants), -bienveillance (présentiel, tous les salariés), -une formation personnelle aux soins palliatifs, -HACCP (présentiel, équipe de restauration), -Textures modifiées (bienfaits), (présentiel, équipe de restauration), -incendie (présentiel, tous les salariés), -Formation habilitation électrique initiale (présentiel, pour les agents de maintenance), -Diverses formations e-learning pour l'équipe de direction et RH, des formations [REDACTED] pour du personnel soins et hôtellerie et deux contrats d'apprentissage. Le plan de formation 2023 contient les formations suivantes : -La fin du parcours management avec [REDACTED] (présentiel, équipe de direction), -Simulateur de vieillissement (présentiel, pour tous les salariés), -e-learning Intégration (e-learning, tous les salariés), -e-learning Alzheimer (e-learning, tous les salariés), -e-learning Bienveillance (e-learning, tous les salariés), -e-learning Sexualité et vie affective (e-learning, tous les salariés), -Des formations restauration : HACCP cuisinant et non cuisinant / Textures modifiées (bienfaits) / formation chef de cuisine et référentiel hôtelier, -Des formations e-learning accessibles en fonction du profil du salarié : hôte(sse) d'accueil / HACCP / RGPD / droit social collectif et individuel / parcours RH et formation professionnelle, -Des formations proposées par le siège sur volontariat : pour psychomotricien, ergothérapeute et kiné / RABC / Snoezelen / formation management pour les chefs de cuisine, -[REDACTED] (présentiel, tous les salariés), -Hygiène bucco-dentaire (présentiel, soignants), -Bonne pratiques humanitude (présentiel, tous les salariés), -Bienveillance : « comment se comporter avec une personne atteinte d'un syndrome démentiel » / la personnalité paranoïde / prévention des risques suicidaires / l'autisme / la validation [REDACTED] (présentiel, soignants), -Bénéfice de la marche (présentiel, soignants), -Bonnes pratiques autour du repas (présentiel, soignants),	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	-Plan canicule (présentiel, tous les salariés), -Utilisation des chaises de douche (présentiel, soignants), -Qualité – suivi des indicateurs (présentiel, tous les salariés), -Douche au lit (présentiel, soignants), -Déclaration des EI (présentiel, tous les salariés), -Evaluation de la douleur (présentiel, soignants), -Prise en charge médicamenteuse – risque iatrogène (présentiel, soignants), -Positionnement au fauteuil roulant (présentiel, soignants), -Utilisation du lève malade – rails et verticalisateurs (présentiel, soignants), -risques psychosociaux, -Incendie (présentiel), -Habilitation électrique/recyclage, -Geste 1^{er} secours, -Des formations diplômantes : alternance, contrat en apprentissage ou en professionnalisation / ProA / VAE / Projet de transition professionnelle / CPF. L'établissement dispose donc de plans complets pour ses formations à l'exception de celles portant sur les EI et EIG.	
2.1.2.5	Le livret d'accueil L'établissement a transmis un livret d'accueil, mis à jour en juillet 2023, remis au nouveau personnel pour les informer sur le groupe gestionnaire, les repères et pratiques dans l'établissement ainsi que sa démarche qualité. Le livret contient aussi les chartes du groupe, des droits et libertés de la personne accueillie et des droits et libertés des personnes âgées dépendantes. L'établissement a également transmis une procédure d'accueil et d'intégration des collaborateurs, elle a été mise à jour le 25 mars 2022. Il est prévu pour les CDI et CDD de plus de trois mois, une présentation au supérieur hiérarchique ainsi qu'à tous les membres du service, une formation de base d'au moins trois mois ainsi qu'un accompagnement par un binôme d'au moins un jour. Pour les CDD de moins de 3 mois, un livret dans le service est consultable et un accompagnement par un pair d'au moins un jour est organisé dans la mesure du possible.	
2.1.4.5	Les plannings Les personnels présents le jour du contrôle sont : Pour le service administratif : -La directrice,	Remarque 13 : Certains personnels présents le jour du contrôle n'apparaissent ni sur l'organigramme de l'établissement ni dans le registre du personnel.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	-Une hôtesse d'accueil, -L'assistante de direction, -L'animateur. <u>Pour le service hôtellerie :</u> -Trois ASH, -Une lingère, -Le chef gérant, -Un ASH indiqué « plonge ». <u>Pour le service soins :</u> -Une IDE, -6 AS (dont un de nuit), -Une auxiliaire de vie, -Une AMP (de nuit). -Une psychologue Certains de ces personnels n'apparaissent ni dans l'organigramme, ni dans le registre du personnel et ne sont pas indiqués comme infirmières sur les plannings. Un personnel indiqué comme AS sur le planning de septembre est indiqué comme auxiliaire de vie dans l'organigramme et dans le registre du personnel.	
2.1.4.2	<u>Les fiches de tâches heurées</u> L'établissement a transmis les fiches de tâches heurées suivantes : -ASH étages/entretien des communs (7h00-18h00) : missions centrées autour de l'organisation logistique du petit-déjeuner ainsi que l'entretien des chambres et des parties communes. -ASH plonge (9h00 – 20h00) : missions centrées sur la préparation des plateaux repas du midi/goûter/soir ainsi que le débarrassage et la plonge de la vaisselle. -ASH service en salle (9h00 – 20h00) du 30 octobre 2023 : missions centrées sur l'entretien des parties communes et de la salle à manger ainsi que l'organisation logistique et le service des repas aux résidents. -ASH lingère (Lundi : 8h00-12h00 / Mardi : 8h00-16h00 / Mercredi : 8h00-15h00 Jeudi : Repos / Vendredi : 8h00-16h00) : missions centrées sur le lavage du linge des résidents, sa distribution et le suivi des articles pour adaptation au résident en lien avec le responsable hôtelier.	Remarque 14 : Les fiches de tâches heurées ne précisent pas les contacts possibles en cas de survenance d'un événement inattendu

-Aide-Soignant de nuit 1 (19h30-7h30) : la fiche de tâche indique que l'AS nuit 1 effectue principalement les mêmes tâches que l'AS 2. Les principales différences sont qu'il effectue des transmissions orales avec l'IDE de jour en plus des AS et que l'AS 1 prend en charge le linge et ses tournées plutôt que la préparation du petit-déjeuner.

-Aide-Soignant de nuit 2 (20h00-8h00) : la fiche de tâches indique qu'à son arrivée l'AS nuit assure des transmissions avec l'équipe AS jour, puis entre 20h15 et minuit il réalise des actes prévus la nuit (surveillance, réalisation des soins buccaux, prévention escarre, mise de pansement, administration de traitement et distribution de collation) pendant le reste de la nuit il a surtout des tâches de surveillance et de rondes, mais participe aussi à nettoyer les fauteuils, préparer les chariots de petit-déjeuner et assurer la traçabilité des soins et transmissions. Il effectue également les transmissions avec les AS jour à 8h.

-Aide-soignant de jour (8h00-20h00) : pour ses missions principales, la fiche de tâches indique qu'à son arrivée l'AS effectue la prise de transmission avec l'équipe AS de nuit et qu'il prend connaissance des transmissions écrites sur le logiciel de soin. Après installation des résidents pour le petit déjeuner ses missions jusqu'au déjeuner consistent à effectuer les soins d'hygiène pour les résidents en fonction de leurs habitudes et préférences, les hydrater, répondre aux appels malades, s'assurer de la qualité de l'environnement des chambres pour le résident, accompagner les résidents dans leurs déplacements et transmettre aux personnels infirmiers toutes modifications de leur état de santé. Comme pour le petit-déjeuner, l'AS installe les résidents pour le déjeuner, puis passe à ses tâches de l'après-midi consistant en l'accompagnement des résidents dans leur déplacement, effectuer les changes et une toilette intime si besoin, répondre aux appels malades, participer à temps de transmission pluridisciplinaire et aider à la prise du goûter. Après installation des résidents pour le dîner et avoir aidé à la prise du repas, l'AS accompagne les résidents dans leurs chambres et effectue les couchers ainsi que les soins de nursings nécessaires. Avant de partir, il trace ses activités dans [REDACTED] et effectue les transmissions orales avec l'équipe de nuit.

-Infirmier de jour (7h30-19h30) : la fiche de tâches indique qu'à son arrivée l'IDE fait les transmissions orales avec l'équipe de nuit et consulte les transmissions écrites. Tout au long de la journée les tâches principales de l'IDE sont la préparation des traitements morphiniques (en attestant sur le carnet rose de suivi des stupéfiants), la prise de constantes, la distribution de thérapeutiques conformément à la prescription sur le logiciel de soins en la traçant, dispatcher les divers soins, faire un point sur les transmissions de la journée avec « l'infirmière en transverse », la réalisation des soins infirmiers et de tous les autres actes si prescription ou collaboration, effectuer des temps de transmissions écrites sur le logiciel de soin, coordonner les temps de présence au rez-de-chaussée et assurer la permanence paramédicale. Après le repas du soir, l'IDE effectue les soins sur prescription, trace les soins une dernière fois sur le logiciel de soin, effectue un temps de transmission orale avec l'équipe de nuit, puis termine sa journée.

Aucune des fiches de tâches ne mentionne les cas de survenance d'événement inattendu et ne fait figurer un numéro d'astreinte ou contact à joindre dans ces cas.

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.4.4	<u>Le glissement de tâches</u> Comme indiqué plus haut un personnel indiqué comme AS sur le planning de septembre est indiqué comme auxiliaire de vie dans l'organigramme et dans le registre du personnel. Des tâches réservées aux AS sont effectuées par des auxiliaires de vie.	C.F. Ecart 9
2.1.4.7	<u>La gestion des absences imprévues</u> L'établissement n'a pas transmis de procédure de remplacement, mais un tableau prévoyant à l'avance la répartition des personnels dans les autres étages et en indiquant les résidents à prendre en charge. Elle ne concerne que les AS.	Remarque 15 : La procédure des gestions des absences prévues ne concerne que les AS.
2.1.4.10	<u>La qualification du personnel de nuit</u> D'après les plannings transmis et la fiche de tâches heures dédiées aux AS nuit, la présence de personnels diplômés est assurée la nuit dans l'établissement.	

Commentaire complémentaire

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 transmis une procédure de « pré-admission, d'admission et de signature du contrat de séjour » révisée et approuvée le 28 décembre 2022. Une visite de préadmission est organisée avec le futur résident pour recueillir des informations personnelles et lui transmettre les informations relatives à son séjour. Cette visite est « idéalement réalisée » par un membre de l'équipe médicale (Medco) et paramédicale, (IDEC, IDE ou autre), ainsi que le psychologue de l'établissement, afin d'évaluer l'état de santé du résident, de recueillir ses habitudes et préférences, de rechercher son consentement à l'admission, de proposer la désignation d'une personne de confiance, de transmettre toutes les informations nécessaires au futur résident pour assurer de la capacité de l'établissement à répondre à ses attentes et besoins ainsi que de lui rappeler les droits dont il dispose. Pour l'admission, l'IDEC prépare l'entrée du résident en assurant la préparation du dossier du résident entrant ainsi que la préparation de son dossier de soin et de son traitement. L'IDEC et le psychologue prépare une réunion avec l'ensemble du personnel pour présenter le dossier du résident et désigner un « référent-salarié » qui sera chargé de l'accompagner les premiers jours de sa présence et le faire participer aux animations. Les autres résidents sont informés de l'arrivée. Le jour de l'admission le résident est accueilli par un cadre et son soignant référent, une visite de l'établissement est faite et un repas est assuré, avec la famille ou en l'introduisant aux autres résidents. Une information est faite sur l'intégration du nouvel arrivant à sa famille par le directeur de l'établissement pendant les deux premières semaines et les « personnes ressources » de l'EHPAD se présentent au résident dans le courant des trois premiers jours.	Remarque 16 : La procédure transmise ne définit pas précisément quel membre de l'équipe médical peut avoir accès aux données médicales lors de la visite d'entretien.
3.2.1.2	Évaluation à l'admission La procédure d'admission transmise par l'établissement stipule que « l'état de santé du résident est évalué » pendant la visite de préadmission, mais le contenu de ces évaluations ne sont pas précisées. Ces éléments sont indiqués dans le protocole relatif aux projets personnalisés précisant que sous 30 jours après l'admission sont effectués des évaluations MMS, Norton, des bilans psychologue et psychomotricien ainsi qu'une toilette évaluative organisée par l'IDEC, l'ergothérapeute ou la psychomotricienne pour déterminer les besoins du résident.	
3.1.3.3	Le Projet d'Accompagnement Personnalisé L'établissement a transmis deux documents relatifs aux PAP : une « Fiche indicateur : projet d'accompagnement personnalisé », en date du 1^{er} mars 2023, ainsi qu'une procédure de mise en place et de suivi d'un projet personnalisé révisée le 27 mars 2020.	Remarque 17 : Le rôle et les missions du référent projet personnalisé ne sont pas précisés.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La « fiche indicateur » est dédiée au personnel de l'établissement et renseigne sur la traçabilité du PAP sur le logiciel de soins de l'établissement, comment renseigner et contrôler les éléments administratifs du PAP. La fiche indique plusieurs éléments à prendre en compte pour établir et valider un PAP : il nécessite la participation du résident et son entourage, il doit contenir des éléments de prise en charge relatifs au maintien de l'autonomie, l'indépendance ainsi que la vie sociale du résident et les alternatives non médicamenteuses qui peuvent lui être proposées pour ses besoins. Ces éléments sont en lien avec le projet de soins personnalisé du résident. La signature sur le logiciel vient confirmer la mise en place complète du PAP. La procédure fournit renseigne sur les modalités d'élaboration du PAP qui repose sur des entretiens avec le résident et sa famille à la préadmission, puis à un mois après l'entrée dans l'établissement, avec une enquête de satisfaction, pour faire le point sur les attentes et envies du résident et leur évolution depuis le début du séjour. A ces éléments sont ajoutés les résultats des bilans d'entrée fait à l'occasion du grage avec analyse de l'IDEC. La rédaction du PAP est faite par une équipe pluridisciplinaire à laquelle peut être associé le psychologue, au plus tard, trois mois après l'arrivée du résident et celui-ci lui est présenté ainsi qu'à sa famille pour confirmer qu'il répond aux attentes du résident. En cas de validation, le PAP est signé et l'avenant au contrat est ajouté au dossier du résident. Il est également renseigné sur le logiciel de soins. Le PAP est révisé à minima annuellement, mais une mise à jour peut être faite en cas de « changement brutal », d'hospitalisation ou de refus de soin répété. Si la procédure fournie évoque un « référent PP » il n'y a pas de précision sur leur répartition auprès des résidents. Le projet d'établissement précise que la psychologue rencontre la famille pour « exposer le projet mis en œuvre auprès du résident ». Cette manière de procéder illustre un manque de participation active des familles lors de la révision des PAP.	Remarque 18 : La procédure n'explicite pas les modalités de participation du résident à la révision de son projet d'accompagnement personnalisé.
3.1.4.4	La Commission de Coordination Gériatrique L'établissement a transmis le compte-rendu de la Commission de Coordination Gériatrique de 2020. L'établissement ne dispose pas des comptes rendus pour les commissions de 2021 et 2022, en leur absence la mission ne peut s'assurer de leur tenue.	Ecart 13 : La mission ne peut s'assurer du caractère annuel de la Commission de Coordination Gériatrique ce qui contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF.
3.1.4.5	Interventions des professionnels médicaux ■ médecins traitants interviennent dans la structure pour prendre en charge un total de ■ résidents. Le MEDCO lors de la séance du CVS du 12 octobre 2022 soulignait que ■ résidents n'avaient pas de médecin traitant. L'établissement n'a pas renseigné la fréquence de recours au logiciel de soins chez les médecins traitants intervenant dans la structure. Il est précisé dans le RAMA que « Tous les médecins ne prescrivent pas sur ■ et que c'est le Medco qui trace les ordonnances papier pour les ajouter sur le logiciel.	Remarque 19 : Tous les médecins intervenants dans la structure n'utilisent pas le logiciel de soins.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Système d'appels-malade L'établissement a transmis ses relevés d'appels-malade des mois N, N-1 et N-2. Ces relevés ne permettent pas à la mission d'apprécier le temps de réponse et d'intervention en cas d'appel. Lors de la séance du CVS du 30 mars 2022, la représentante des résidents fait état d'un temps de réponse trop long notamment en journée. L'IDEC souligne qu'un tableau de bord est consulté régulièrement. Le système d'appels fonctionne comme suit : l'appel est dirigé sur le téléphone de l'aide-soignante de l'étage, et en cas de non réponse sur celui de l'IDE, et enfin sur celui de l'IDEC lui-même. Le plan d'amélioration de la qualité a pris en compte la réclamation : l'objectif posé est d'optimiser le fonctionnement des appels malade en créant notamment un affichage des appels par étage. La société est intervenue selon le PAQ en septembre 2023 pour reprogrammer l'ensemble des groupes d'appels.	Ecart 14 : La mission ne peut apprécier le temps de réponse au système d'appel-malade ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.
3.3.3.1	Intervention des bénévoles L'établissement a transmis une « convention d'intervention des bénévoles » type mis à jour le 16 novembre 2012 qui définit le cadre d'intervention des bénévoles dans la structure. Le projet d'établissement (2018-2023) posait comme objectif de « faire intervenir des bénévoles au sein de l'établissement », mais n'encadrait pas leur intervention ni ne définissait pas leur rôle. Les documents transmis ne permettent de connaître la réalité de l'intervention des bénévoles et leur rôle auprès des résidents. La direction avait annoncé au cours de la séance du 12 octobre 2022 du CVS qu'un partenariat [REDACTED] allait être lancé. L'établissement n'a pas transmis de convention avec cette association.	Remarque 20 : Au vu des documents transmis, les modalités d'intervention des bénévoles dans la structure sont insuffisamment précisées et encadrées

Commentaire complémentaire

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Les droits du résident	Le livret d'accueil de l'établissement renseigne sur différents droits du résident. Tout d'abord, le livret d'accueil souligne l'engagement du gestionnaire, Maisons de Famille, au respect du contenu de la charte des droits et libertés de la personne accueillie ainsi que la charte de la personne âgée dépendante qui sont annexées au livret d'accueil. Ensuite, sont renseignés les droits relatifs à la désignation d'une personne de confiance, la rédaction des directives anticipées, le droit à la prise en charge de la douleur et un rappel sur la liberté d'aller et venir. Le livret d'accueil rappelle qu'il est possible de se tourner vers la direction, le CVS, une personne qualifiée de la liste départementale renseignée ou encore de saisir le médiateur de la consommation (les modalités de contact par mail ou courrier sont indiquées) pour que le résident fasse valoir ses droits. Le contrat de séjour contient également des dispositions portant sur les droits du résident. Il porte sur le libre choix du praticien ainsi que sur les droits associés à la protection des données personnelles. Parmi les annexes sont abordés, le droit à l'image, les mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir, la protection des données personnelles, la désignation d'une personne de confiance.	
3.2.2 3.2.5	Procédure relative aux contentions L'établissement a transmis une procédure « générale contention physique » révisée le 31 mars 2023. Selon cette procédure, « la contention physique est un acte potentiellement grave » nécessitant une prescription médicale préalable, avec avis d'une équipe multi professionnelle, contenant les motifs de la contention, sa durée prévisible, le programme de surveillance et le matériel de contention employé. La prescription est faite par le médecin traitant, le médecin-coordonnateur en cas d'absence ou d'urgence. Encore en cas d'urgence et d'absence totale de personnel médical la prescription peut être faite a posteriori avec confirmation par un médecin le plus tôt possible. La réflexion bénéfice-risque de l'équipe pluri professionnelle est tracée et suivie, de même pour l'appel d'information aux familles. Le matériel de contention utilisable est limité par une liste définie et adapté au résident faisant l'objet de la mesure de contention. Les modalités de surveillance sont établies en s'adaptant à la prescription et elles doivent garantir une surveillance physique, mentale et environnementale de la contention pour établir si elle doit être maintenue. La réévaluation est faite par une équipe avec réunion régulière et tracée dans le logiciel [REDACTED] elle a lieu à un rythme hebdomadaire pour les contentions lourdes et à un rythme mensuel pour les contentions légères. Un référent contention est nommé dans l'établissement. Les prescriptions physiques sont tracées dans le RAMA, en 2021 [REDACTED] prescriptions de contention ont été faites contre [REDACTED] en 2022. [REDACTED] résidents avaient au moins une prescription de contention et [REDACTED] en avaient deux. Il est indiqué qu'une « politique volontariste de diminution des contentions est effective ». Le RAMA indique également que la réflexion bénéfice/risque sur les contentions est abordée hebdomadairement en plus d'un point mensuel sur les prescriptions pendant les réunions multidisciplinaires de coordination médicales.	
3.2.3.1		

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Convention EHPAD/Officine et circuit du médicament	
	L'établissement a transmis une convention signée, en date du 17 juillet 2023. L'établissement et l'officine partagent un double flux d'informations : l'EHPAD transfère les prescriptions informatisées via le logiciel [REDACTED] à l'officine et l'officine transfère le plan de traitement pharmaceutique ainsi que toutes les informations en rapport avec eux à l'établissement par voie électronique pour alimenter le dossier du résident.	
3.8.2.9	L'établissement, dans le cadre de ce flux d'information, s'engage à permettre à l'officine l'accès au dossier informatisé des résidents pour permettre le suivi pharmaceutique et les observations relatives aux traitements formulées par le personnel soignant de l'EHPAD. L'établissement contrôle aussi la conformité des médicaments à l'ordonnance pour que le pharmacien puisse procéder à une analyse de causes en cas de problème. De son côté, l'officine s'engage à mettre en place des mesures d'optimisation de la prise en charge en coopérant avec tous les professionnels de santé concernés, en partageant toute information relative à la dispensation en le traçant sur le logiciel de soin, en suivant l'observance médicamenteuse, en communiquant avec l'EHPAD sur les statistiques de consommation globale des médicaments dans l'établissement et en établissant une liste de substitution et d'informations pour les prescripteurs ainsi qu'en participant à une analyse globale pharmaceutique annuelle en appui de la CCG. L'officine tient donc à jour régulièrement : l'identité des résidents, la liste et l'historique des prescriptions et la préparation des doses à administrer les bons de livraisons informatisés et l'étiquetage des piluliers et boîtes délivrées. L'établissement a également transmis une procédure relative au circuit du médicament, révisée le 8 septembre 2023. La procédure porte sur les prescriptions, la dispensation, la préparation des traitements, l'administration, le stockage, les cas particuliers, l'archivage, la gestion des fins de traitement, la sensibilisation et formation à la gestion du risque médicamenteux, une présentation du livret thérapeutique par classe, la procédure de déclaration d'EI liés au circuit du médicament et l'autoévaluation du circuit de l'établissement.	
	Délégation d'administration des médicaments par l'IDE	
3.8.2.22	L'établissement a transmis un protocole « délégation de l'administration des traitements par l'AS », en date du 20 avril 2023. Le protocole porte sur l'identification des cas de délégation de l'administration, la vérification et préparation des traitements par l'IDE ainsi que la validation de l'administration par l'AS. Le protocole ne précise pas la liste des médicaments strictement interdits aux AS, la nécessité pour l'IDE de s'assurer de la capacité d'administration de l'AS à travers des formations et n'indique pas précisément les informations que doit transmettre l'AS à l'IDE après avoir administré un traitement à un résident.	Ecart 15 : Le protocole de délégation d'administration des traitements fourni ne précise pas la nécessité pour les IDE de s'assurer de la capacité des AS à délivrer les traitements ainsi que les informations devant être transmises par l'AS au personnel infirmier ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF.
	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	
3.8.2.24	L'établissement a transmis le protocole de prise en charge de la douleur du groupe gestionnaire, mis à jour le 20 janvier 2023. D'après la procédure, la douleur est évaluée à l'entrée dans l'établissement, à chaque modification de comportement ou signe évocateur de la douleur par les soignants ainsi qu'à périodicité définie par prescription. Toutes ces évaluations sont tracées sur le logiciel de soins de l'établissement et transmises au médecin traitant du résident.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les modalités de la prise en charge de la douleur contiennent : la prescription d'un traitement médicalement adapté, un protocole de suivi et réévaluation au rythme inscrit dans le plan de soins ainsi que des modalités de transmission renforcées pour le médecin traitant du résident afin qu'il soit tenu au courant des réactions au traitement du résident.	
	Le protocole détaille aussi deux échelles d'évaluation de la douleur : celle d'auto-évaluation du résident (EVA) ainsi que celle d'hétéro-évaluation (ALGOPLUS).	
	L'établissement a également fourni une « fiche process – prise en charge de la douleur » détaillant la procédure à suivre de l'évaluation de la douleur au suivi de celle-ci. Ainsi qu'un protocole de prise en charge de la douleur par le personnel infirmier en cas d'absence du médecin, mis à jour le 16 mars 2023, détaillant les modalités d'évaluations et d'actions possibles pour l'IDE.	
	Protocole soins palliatifs et fin de vie	
3.8.2.25	L'établissement a transmis une procédure relative à l'accompagnement et aux soins en fin de vie, révisée le 12 mai 2023. Elle a pour but de proposer un accompagnement personnalisé du résident dans cette situation. Pour les résidents en fin de vie, une fiche de renseignements est mise à jour sur le logiciel de soins et s'il est en phase terminale ou agonique, une équipe pluridisciplinaire se réunit pour étudier tous les champs de la prise en charge du résident. Le cadre d'accueil et de prise en charge est adapté pour les familles et proches qui peuvent rester en dehors des heures de visite et l'établissement fournit un soutien psychologique, par la psychologue de l'établissement ou une équipe mobile de soins palliatifs, au résident et ses proches. Après réflexion pluridisciplinaire, si l'état du résident le nécessite, un recours à une prise en charge par la HAD peut être mise en place. L'adaptation de la prise en charge du résident se fait au niveau : du confort et bien-être, des soins infirmiers et du nursing, de la douleur physique, de l'alimentation et l'hydratation, des soins de bouche, de la dyspnée, des nausées ou vomissements, des cas d'hallucinations et de troubles du comportement ainsi que pour les cas nécessaires de sédation si le patient est atteint d'hémorragie massive ou de crise d'asphyxie aiguë.	
	Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel	
3.4.3.9	Le document transmis par la mission a bien été rempli et renvoyé par l'établissement. Pour les résidents entrés depuis moins d'un an le rythme des pesées renseigné est adéquat avec leur période d'arrivée dans l'établissement. Les IMC renseignées ne font pas ressortir de problème dans les états nutritionnels des résidents et le suivi des pesées permet de voir pleinement les variations de poids.	

Coordination avec les autres secteurs

Selon le projet d'établissement, l'établissement appartient à la filière gériatrique rattachée à l'Hôpital Européen Georges Pompidou.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
4.2.1.2	Personnels médicaux et paramédicaux libéraux L'établissement a transmis une liste d'intervenants libéraux pour la structure, sa composition est : - ☐ kinésithérapeutes prenant en charge ☐ résidents et présents tous les jours, - ☐ orthophoniste prenant en charge ☐ résidents et présente deux fois par semaine, - ☐ ergothérapeute prenant en charge entre ☐ résidents et présente en fonction des besoins, - ☐ socio-esthéticienne prenant en charge ☐ résidents et présente ☐ fois par mois, - ☐ intervenante « toucher relationnel » prenant en charge ☐ personnes et présente deux fois par semaine, - ☐ intervenante « art thérapie » prenant en charge ☐ personnes et présente deux fois par mois, - ☐ musicothérapeute prenant en charge dix personnes et présente une fois par semaine, - ☐ pédicures prenant en charge ☐ résidents et présente une fois chacune tous les 15 jours, - Une intervention « ☐ » par an, - ☐ acuponctrice prenant en charge ☐ résidents et présente une fois par semaine.	

Commentaire complémentaire

Risques environnementaux

	Observations ou commentaires	Constat E/R
AMIANTE	L'établissement a transmis la fiche récapitulative du DTA.	
DASRI	L'établissement a transmis une convention de collecte des DASRI établie avec [REDACTED]. Bien que signée, la convention ne précise pas les installations de traitement. Les bordereaux de suivi des DASRI sont globalement bien remplis et renseignés. Il manque toutefois ceux de mars et mai 2023. Par ailleurs, la convention précise que la collecte est hebdomadaire. Or, au vu des BSD, on note un passage mensuel du collecteur.	Remarque 21 : L'ensemble des informations réglementaires n'apparaissent pas sur la convention de collecte ; ici les installations de traitement. Ecart 16 : Au vu des poids de DASRI produits, la collecte doit être hebdomadaire.
LEGIONELLES	L'établissement a transmis les résultats d'analyses de légionelles des années 2023 et 2022. L'ensemble des points critiques a été diagnostiqué en 2022. On note l'absence d'analyses de légionelles pour le fond de ballon et le retour de boucle pour l'année 2023. Les résultats d'analyses de légionelles sont inférieurs au seuil de détection de 10 ufc/L. Toutefois, des températures supérieures à 50°C ont été mesurées sur plusieurs points d'usage.	Ecart 17 : Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur. Remarque 22 : La direction doit s'assurer la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.

Récapitulatif des écarts et des remarques

Nbre	Référence	Écarts	Numéro IGAS
1	Gouvernance – Management et stratégie	Ecart 1 : Les dispositions de l'article 6-1 du règlement de fonctionnement ne sont pas conformes aux dispositions des articles L.1111-4 et R.4127-42 du CSP.	1.2.1.2
2	Gouvernance – Management et stratégie	Ecart 2 : Les personnels hôteliers et administratifs devant accomplir des actes d'aide au à la toilette ou à la prise de repas dans le cadre du plan de continuité de l'activité ne font pas l'objet d'un accompagnement par un personnel qualifié pour accomplir ces actes ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF	1.2.1.6
3	Gouvernance – Management et stratégie	Ecart 3 : La fiche de poste du MEDEC n'est pas conforme à l'article D.312-156 du CASF.	1.2.2.14
4	Gouvernance – Animation et fonctionnement des instances	Ecart 4 : La composition du CVS n'est pas conforme à l'article D.311-4 du CASF.	1.3.3.1
5	Gouvernance – Animation et fonctionnement des instances	Ecart 5 : La direction de l'établissement ne présente pas l'analyse des EI/EIG et dysfonctionnement aux membres du CVS, ainsi que les mesures correctrices, ce qui contrevient à l'article R.331-10 du CASF.	1.3.3.2
6	Gouvernance - Gestion des risques, des crises, des événements indésirables	Ecart 6 : Une plainte portant sur le circuit du médicament n'a pas donné lieu à EI et analyse des causes ce qui contrevient aux articles L311-8-1 et R331-8 à 10 du CASF.	1.5.1.1
7	Gouvernance - Gestion des risques, des crises,	Ecart 7 : La classification de certains événements en EI et non en EIG est à justifier (articles L311-8-1 et R331-8 à 10 du CASF).	1.5.1.5

	des événements indésirables		
8	Gouvernance - Gestion des risques, des crises, des événements indésirables	Ecart 8 : L'EIG du 13 avril 2023 n'a pas été déclaré à la Ville de Paris ce qui contrevient aux articles L331-8-1 et R331-8 du CASF.	1.5.1.6
9	Fonction support – Gestion des ressources humaines	Ecart 9 : Des auxiliaires de vie assurent des missions de soignants, ce qui contrevient à l'article D.312-155-0 du CASF.	2.1.1.1
10	Fonction support – Gestion des ressources humaines		2.1.1.1
11	Fonction support – Gestion des ressources humaines		2.1.1.3
12	Fonction support – Gestion des ressources humaines		2.1.1.6
13	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 13 : La mission ne peut s'assurer du caractère annuel de la Commission de Coordination Gériatrique (Article D312-158, 3° du CASF).	3.1.4.4
14	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 14 : La mission ne peut apprécier le temps de réponse au système d'appel-malade (Article L311-3, 1° du CASF).	2.5.4.3
15	Prise en charge - Soins	Ecart 15 : Le protocole de délégation d'administration des traitements fourni ne précise pas la nécessité pour les IDE de s'assurer de la capacité des AS à délivrer les traitements ainsi que les informations devant être transmises par l'AS au personnel infirmier ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF.	3.8.2.22

16	DASRI	Ecart 16 : Au vu des poids de DASRI produits, la collecte doit être hebdomadaire.	DASRI
17	Légionelles	Ecart 17 : Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur.	Légionelles

Nbre	Référence	Remarques	Numéro IGAS
1	Gouvernance - Management et stratégie	Remarque 1 : Le règlement de fonctionnement n'est pas daté.	1.2.1.1
2	Gouvernance - Management et stratégie	Remarque 2 : Le règlement de fonctionnement n'est pas assez précis sur certains points, notamment sur les mesures à prendre en cas de violence sur autrui.	1.2.1.2
3	Gouvernance - Management et stratégie	Remarque 3 : Le projet d'établissement ne mentionne pas s'il a fait l'objet d'une présentation et d'une validation par le CVS et les instances représentatives du personnel	1.2.1.4
4	Gouvernance – Management et stratégie	Remarque 4 : Le projet d'établissement ne définit ni un pilote pour chaque objectif ni d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs pour chaque action afin de faciliter le suivi du plan d'action.	1.2.1.5
5	Gouvernance – Management et stratégie	Remarque 5: Les annexes « infrastructure » et sur la conduite à tenir en cas de décès inattendu ne sont pas complètes et à jour.	1.2.1.6
6	Gouvernance – Management et stratégie	Remarque 6 : Il est constaté la présence de deux chèques vierges signés dans le coffre-fort sans explications justifiant cette pratique.	1.2.2.8
7	Gouvernance – Management et stratégie	Remarque 7 : L'établissement n'a pas transmis de document attestant que le responsable des soins détient une certification d'IDEC, ce qui est susceptible de mettre en danger la prise en charge et la sécurité des résidents. Remarque 8 : La politique de promotion de la bientraitance est insuffisamment formalisée.	1.2.2.12
8	Gouvernance – Gestion de la qualité	Remarque 8 : La politique de promotion de la bientraitance est insuffisamment formalisée.	1.4.3.1
9	Gouvernance – Gestion de la qualité	Remarque 9 : Si des sensibilisations à la bientraitance d'une heure sont dispensées annuellement, des formations doivent être assurées en complément.	1.4.3.1

10	Gouvernance – Gestion de la qualité	Remarque 10 : Aucun groupe d'analyse des pratiques professionnelles animé par un intervenant extérieur n'est organisé.	1.4.3.1
11	Gouvernance – Gestion de la qualité	Remarque 11 : La conduite à tenir en cas de violences constatées sur un résident ne traite pas des violences entre résidents ou de situation de violence entre un professionnel et un résident.	1.4.3.2
12	Gouvernance – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Remarque 12 : Les retours d'expériences fournis à la mission sont partiels et incomplets.	1.5.1.6
13	Fonction support – Gestion des ressources humaines	Remarque 13 : Certains personnels présents le jour du contrôle n'apparaissent ni sur l'organigramme de l'établissement ni dans le registre du personnel.	2.1.4.5
14	Fonction support – Gestion des ressources humaines	Remarque 14 : Les fiches de tâches horaires ne précisent pas les contacts possibles en cas de survenance d'un événement inattendu.	2.1.4.2
15	Fonction support – Gestion des ressources humaines	Remarque 15 : La procédure des gestions des absences prévues ne concerne que les AS.	2.1.4.7
16	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 16 : La procédure transmise ne définit pas précisément quel membre de l'équipe médicale peut avoir accès aux données médicales lors de la visite d'entretien.	3.1.1.1
17	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 17 : Le rôle et les missions du référent projet personnalisé ne sont pas précisés.	3.1.3.3

18	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 18 : La procédure n'explicite pas les modalités de participation du résident à la révision de son PAP.	3.1.3.3
19	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 19 : Tous les médecins intervenants dans la structure n'utilisent pas le logiciel de soins.	3.1.4.5
20	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 20 : Au vu des documents transmis, la mission ne peut déterminer si l'établissement fait intervenir des bénévoles dans sa structure et sous quelles modalités.	3.3.3.1
21	DASRI	Remarque 21 : L'ensemble des informations réglementaires n'apparaissent pas sur la convention de collecte ; ici les installations de traitement.	DASRI
22	Légionelles	Remarque 22 : La direction doit s'assurer la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.	Légionelles

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD « Villa Lecourbe », géré par le groupe Maison de Famille, a été réalisé à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

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

-Gouvernance :

- L'établissement dispose d'un plan bleu complet,
- L'établissement a mis en place une démarche d'amélioration continue de la qualité,
- La procédure de déclaration et de traitement des EI et EIG est complète.

-Fonctions support

- Les plans de formations de l'établissement sont complets,
- Un accompagnement des nouveaux salariés est prévu dans le livret d'accueil.

-Prises en charge :

- Un livret d'accueil complet en matière de droits des résidents,
- Des projets personnalisés à jour pour les résidents (tous moins d'un an au jour du contrôle),
- Une procédure d'admission complète comprenant une évaluation gériatrique des nouveaux résidents à leur entrée dans l'établissement,
- Les contentions sont comptabilisées et analysées dans le RAMA de l'établissement,
- Un suivi nutritionnel en place et un rythme des pesées mensuel respecté.

Elle a également relevé les principaux dysfonctionnements suivants :

- La mission ne peut apprécier le temps de réponse au système d'appel-malade (Article L311-3, 1° du CASF).
- Au vu des poids de DASRI produits, la collecte doit être hebdomadaire.
- Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur.
- Les dispositions de l'article 6-1 du règlement de fonctionnement ne sont pas conformes aux dispositions des articles L.1111-4 et R.4127-42 du CSP.
- L'établissement n'a pas transmis de document attestant que le responsable des soins détient une certification d'infirmière coordonnatrice, [REDACTED] ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
- La fiche de poste du MEDEC n'est pas conforme à l'article D.312-156 du CASF.
- La composition du CVS n'est pas conforme à l'article D.311-4 du CASF.
- La direction de l'établissement ne présente pas l'analyse des EI/EIG et dysfonctionnement aux membres du CVS, ainsi que les mesures correctrices, ce qui contrevient à l'article R.331-10 du CASF.
- L'EIG du 13 avril 2023 n'a pas été déclaré à la Ville de Paris ce qui contrevient aux articles L331-8-1 et R331-8 du CASF.
- Des auxiliaires de vie assurent des missions de soignants, ce qui contrevient à l'article D.312-155-0 du CASF.

- [REDACTED]
- [REDACTED]

- [REDACTED]
- La mission ne peut s'assurer du caractère annuel de la Commission de Coordination Gériatrique (Article D312-158, 3° du CASF).
- Le protocole de délégation d'administration des traitements fourni ne précise pas la nécessité pour les IDE de s'assurer de la capacité des AS à délivrer les traitements ainsi que les informations devant être transmises par l'AS au personnel infirmier ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF.

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

Saint Denis, le 04/09/2024

Dalhia ELENGA
Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale,
Délégation départementale de Paris,
ARS Ile de France

Monsieur Frédéric MUSSO
Responsable de la mission inspection des ESMS
parisiens
Sous-direction de l'Autonomie,
Direction des Solidarités
Ville de Paris

[REDACTED]

Sylvie DRUGEON

[REDACTED]

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

Madame Sarah-Laure POGHAN, coordonnatrice
de la mission d'inspection, Inspectrice de l'Action
Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale
de Paris, ARS Île-de-France

Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de
mission Secteur Personnes Agées, Délégation
Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Madame Fiyel ABDELJAOUAD, 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 8 septembre 2023

Mesdames, Monsieur

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

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

1. La gestion des recours humains ;
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 « Villa Lecourbe » (FINES géographique 750017808) situé au 286 rue Lecourbe – 75015 Paris, géré par le Groupe Maison de Famille, qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

13 rue du Landy
93250 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 00 00
red@ars.ars.ssa.fr

94/96 Quai de la Râpée
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

47/52

Ce contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L 313-13 V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et sur la base 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 Firyel ABDEL JAOUAD, 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 Sarah-Laure POGHAN, coordonnatrice de la mission d'inspection, inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris ;
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de mission Secteur Personnes Agées, 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 de 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 8 septembre 2023. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. La mission pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

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

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

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



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



Gaëlle TURAN-PELLETIER

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

Madame [REDACTED]

Directrice

EHPAD la Villa Lecourbe

Groupe maisons de Famille

Saint-Denis, le 23 MAI 2024

Madame la Directrice,

Le 8 septembre 2023, votre établissement « EHPAD la Villa Lecourbe » (N° FINESS 750017808) situé au 288 rue Lecourbe, 75015 Paris, géré par le Groupe maisons de Famille, a fait l'objet d'un contrôle sur pièces, 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, 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'agents de la mission, nous vous informons de leur remplacement par Monsieur Frédéric Musso, responsable de la Mission d'inspection des ESMS parisiens, et Madame Dahlia Elenga, inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale qui reprennent l'ensemble des missions relatives à ce contrôle et qui seront signataires du rapport de contrôle.

Ainsi, la mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

- Monsieur Frédéric MUSSO, responsable de la Mission d'inspection des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désigné 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 Dahlia ELENGA, coordinatrice de la mission d'inspection, 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 ;
- 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.

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

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 62 00 00
Service accueil des usagers

84/96 Quai de la République
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

Les dispositions prévues par la lettre de mission du 8 septembre 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'Ile-de-France et, par délégation,

Pour la Maire de Paris et par délégation,

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris



Cc: [Redacted]
Monsieur [Redacted]
Directeur Général
Groupe maisons de famille
1, place Victor Hugo
92400 Courbevoie

Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces

Villa Lecourbe

Q1	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 (Excel)
Q1	2	Grilles de suivi du nombre de journées réalisées pour chaque activité (PASA et UHR) pour l'année N-1 et le jour du contrôle
Q2	3	Règlement de fonctionnement
Q2	4	Plan des locaux de l'établissement
Q2	5	Projet d'établissement
Q2	6	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)
Q2	7	Organigramme comportant les noms et temps de travail des personnels (Excel si possible)
Q2	8	Diplôme du directeur de l'EHPAD
Q2	9	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD
Q2	10	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD
Q2	11	Procédures et/ou convention d'astreinte
Q2	12	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois + légende (Excel)
Q2	13	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD
Q2	14	IDEC : Contrat de travail, Fiche de poste ou feuille de route, Diplôme d'IDE et de Cadre de santé, Inscription à l'ordre des infirmiers
Q2	15	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, le dernier bulletin de salaire
Q3	16	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS
Q3	17	Les comptes rendus des CVS N et N-1
Q4	18	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation
Q4	19	Dernière évaluation externe
Q4	20	Dernière évaluation interne
Q4	21	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2
Q5	22	Registre des plaintes et réclamations
Q5	23	Les trois dernières réclamations et leur traitement
Q5	24	Procédure de gestion des événements indésirables et événements indésirables graves
Q5	25	Liste des EI et EIG des années N-1 et N
Q5	26	Liste des signalements au Procureur de la République des années N-1 et N
Q5	27	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les trois derniers EIG
Q6	28	Registre du personnel N-1 & N-2 comportant les indications sur les ETP (Excel)
Q6	29	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir + ETP (Excel)
Q6	30	Plan de développement des compétences (formation internes et externes) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1 (Excel si possible)
Q6	31	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)
Q6	32	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit + Légende (Excel)
Q6	33	Une fiche de tâches heurées, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AES (ou AMP), ASG, IDE
Q6	34	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie
Q7	35	Procédure d'admission des résidents

Q7	36	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)
Q7	37	Les 2 derniers CR de la commission de coordination gériatrique
Q7	38	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux
Q7	39	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (Excel disponible sur Collecte Pro)
Q7	40	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)
Q8	41	Livret d'accueil du résident
Q8	42	Contrat de séjour type et ses annexes
Q8	43	Procédure relative aux contentions
Q8	44	RAMA
Q9	45	Convention pharmacie EHPAD (sauf PUI) et procédure du circuit du médicament
Q9	46	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS
Q9	47	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur
Q9	48	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie
Q9	49	La liste des intervenants paramédicaux libéraux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) avec leur identité, leur qualification, leur planning et le nombre de résidents pris en charge
Q10	50	La fiche récapitulative (FR) du dossier technique amiante (DTA)
Q10	51	La convention de collecte avec prestataire des DASRI et bordereaux de suivi ou de prise en charge
Q10	52	Les analyses légionnelles réalisées sur le réseau d'eau chaude sanitaire (années N et N-1 ou années N-1 et N-2 si les prélèvements de l'année N se sont pas encore réalisés)
Q11	53	Relevé des évaluations dont a bénéficié le résident et le relevé des pesées et des IMC pour chaque résident accueillis dans la structure en année N-1 (Excel disponible sur Collecte Pro)