

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

La Source d'Auteuil

11 rue de la Source, 75016 Paris

N° FINESS 75 001 695 8

RAPPORT DE CONTRÔLE

N° 2023_IDF_00261

Contrôle sur pièces du 17/07/2023

Mission conduite par

- Firyel ABDELJAOUAD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris
- Nicolas DEMENET, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Madame Diana DINU, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, chargée de mission personnes âgées inspection EHPAD, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris
- Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure du génie sanitaire, responsable du Pôle Santé environnement, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

Note d'information

Firyel ABDELJAOUAD et Monsieur Nicolas DEMENET ayant quittés la missions, conformément au courrier d'information annexé au présent rapport, ils ont été remplacés Madame 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 :*
 - *Dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...)* ;
 - *Portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;*
 - *Faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;*
 - *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	7
Contexte de la mission de contrôle	7
Modalités de mise en œuvre.....	7
Présentation de l'établissement.....	8
Constats.....	10
Gouvernance	11
Conformité aux conditions de l'autorisation	11
Management et Stratégie	11
Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS)	14
Gestion de la qualité	14
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	16
Gestion des ressources humaines	18
Prises en charge.....	27
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	27
Respect des droits des personnes accompagnées	29
Soins.....	31
Coordination avec les autres secteurs.....	33
Risques environnementaux.....	34
Conclusion	39
Glossaire.....	41
Annexes	42
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle.....	42
Annexe 2 : Lettre de mission modificative	44
Annexe 3 : Liste des documents demandés.....	44

Synthèse

Données générales sur l'établissement

Nom	La Source d'Auteuil	Capacité hébergement permanent	88
Adresse	11 rue de la Source	Places habilités aide sociale	88
Arrondissement	75016	Présence d'une UVP	19
Gestionnaire	Chemins d'Espérance	Places en UHR	0
Statut juridique	Association (Privé non lucratif)	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).

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Le contrôle a été réalisé le 17 juillet 2023 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé le 7 juillet 2023. La délégation départementale de l'ARS et la Ville de Paris ont été informées du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision.

L'analyse a porté sur les constats faits uniquement sur pièces. La 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

Management et Stratégie

- Les astreintes sont organisées.

Gestion de la qualité

- Le groupe a mis en place un guide Qualité.

RESSOURCES HUMAINES

- Un parcours d'intégration du nouveau salarié est formalisé.

PRISE EN CHARGE

Respect des droits des personnes

- Le livret d'accueil du résident est élaboré dans le respect des droits des personnes.

Soins

- Les équipes sont formées à l'accompagnement de la fin de vie.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

L'établissement est concerné par 5 écarts majeurs, 29 autres écarts et 19 remarques dont les principaux sont :

-Ecart majeur :

- ✓ Le règlement de fonctionne ne contient pas toutes les rubriques
- ✓ L'établissement affecte ETP à la prise en charge soins des résidents alors que ces agents n'ont pas la qualification d'AS ou d'AES. Les fiches de tâches heurées ne différencient pas les métiers d'AS et d'AVS.

- ✓ La convention de collecte ne correspond pas aux bordereaux de suivi des DASRI transmis (changement de collecteur et de traitement).
- ✓ Les bordereaux de suivi des DASRI (feuillelet N°4) attestant de l'élimination des DASRI par l'installation destinataire n'ont pas été transmis.
- ✓ L'établissement n'a pas fourni les rapports d'analyses légionelles des années N et N-1.

-Principaux écarts :

- ✓ Le projet d'établissement est caduc depuis plus de 5 ans.
- ✓ Le plan bleu n'est pas assez détaillé sur l'évacuation de l'établissement, les défaillances énergétiques et le plan de continuité de l'activité.
- ✓ L'établissement n'a pas fourni le document unique de délégation concernant le directeur de l'EHPAD « La Source d'Auteuil », dûment signé des deux parties (délégataire et délégué).
- ✓ L'établissement n'a pas transmis de document attestant que la responsable des soins détient une certification de l'infirmière coordonnatrice.
- ✓ Les documents transmis ne permettent pas d'attester que le MEDEC travaille pour ETP au sein de l'EHPAD La Source d'Auteuil.
- ✓ Le CVS ne s'est tenu que deux fois en 2022.
- ✓ L'établissement n'a pas de plan d'amélioration de la qualité spécifique nourri des enquêtes de satisfaction et de l'analyse des plaintes, réclamations et EI survenus dans l'établissement, avec un échéancier.
- ✓ La mission relève que plusieurs documents structurant l'organisation du travail émanent du siège de l'association sans avoir été adaptés à l'établissement.
- ✓ L'établissement n'a pas formalisé de politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.
- ✓ Aucune procédure n'a été définie sur le traitement des situations de violence sur autrui, y compris sexuelles.
- ✓ Une plainte aurait dû être qualifiée d'EIG et n'a donné lieu ni à une réponse ni à une analyse des causes ni à un retour d'expérience.
- ✓ Les EIG ne sont pas systématiquement déclarés à l'ARS et à la Ville de Paris.
- ✓ Le nombre d'ETP d'IDE est insuffisant.
- ✓ L'établissement recourt de manière importante aux CDD de courte durée.
- ✓ Le nombre de formations aux gestes d'urgence sur 3 ans ne permet pas de garantir le renouvellement des AFGSU de tous les personnels.
- ✓ Les effectifs réellement présents au mois de juin (IDE, AVS, AS) ne permettent pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement des résidents de qualité.
- ✓ Le temps de transmission orale entre infirmiers et équipe de nuit n'est pas garanti par les fiches de tâches.
- ✓ Les évaluations multidimensionnelles comportant au minimum des évaluations de la douleur, du risque d'escarres, de la sarcopénie, du risque de chutes, du risque suicidaire, des fonctions cognitives et le dépistage des troubles de la déglutition et des troubles de l'humeur et du comportement ne sont pas menées systématiquement à l'entrée des résidents.
- ✓ La procédure « projet d'accompagnement personnalisé » ne précise ni le délai d'élaboration du PAP à l'entrée du résident ni le délai de révision de chaque PAP, ni la procédure de renouvellement.
- ✓ L'absence de référent soignant chargé de l'élaboration et du suivi du projet personnalisé avec le résident ne garantit pas la participation active du résident à l'élaboration du projet et une réelle participation de l'équipe soignante.
- ✓ La commission de coordination gériatrique ne se réunit pas une fois par an.
- ✓ La procédure de mise en place de la mesure de contention ne rappelle pas la nécessité du recueil du consentement du résident, la signature d'un avenant, l'information de la personne de confiance, ni le délai de révision de cette décision.
- ✓ Le protocole de lutte contre la douleur ne pose pas le principe d'une évaluation annuelle pour les résidents.

-Principales remarques :

- ✓ La mission de contrôle ne peut garantir que des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des proches des résidents sont menées tous les ans.
- ✓ Les plaintes ne donnent pas lieu à des réponses systématiques.
- ✓ Au vu du faible nombre d'EI enregistrés par an et de l'absence de retour d'expérience, la culture de l'EI ne paraît pas suffisamment répandue au sein de l'établissement.
- ✓ Aucune formation qualifiante n'est prévue pour l'année 2023.
- ✓ Aucune formation concernant la prévention de la maltraitance n'a été prévue sur les 3 dernières années.
- ✓ Aucun groupe d'analyse de pratiques professionnelles animé par un intervenant extérieur n'a été mis en place.
- ✓ Le temps de transmission orale entre infirmiers et équipe de nuit n'est pas garanti par les fiches de tâches.
- ✓ L'entretien d'admission est ouvert à la participation de la famille ou de proches, en plus du représentant légal ou de la personne de confiance ce qui ne garantit pas le recueil du consentement libre et éclairé du résident.

- ✓ Le rôle des bénévoles n'est ni défini ni encadré.
- ✓ Le contrat de séjour ne précise pas le numéro de chambre du résident.
- ✓ La mission de contrôle s'interroge, compte-tenu des effectifs présents, sur la capacité des soignants à assurer la vigilance nécessaire au moment des repas au regard du taux important des résidents qui prennent leur repas en chambre.
- ✓ L'établissement n'a pas intégralement transmis son dossier technique amiante.

Les écarts et les remarques, à l'issue d'une phase contradictoire, feront l'objet de mesures annexées à la lettre définitive adressée à l'établissement. Ceux-ci devront être corrigés dans les délais définis par les autorités de contrôle qui assureront un suivi de leur mise en œuvre.

Introduction

Contexte de la mission de contrôle

Le Gouvernement a engagé début février 2022 la mise en œuvre d'un plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS. Les effets attendus du plan sont les suivants :

- Prévenir, repérer et corriger (le cas échéant) les écarts à la norme, les carences, les risques de maltraitance et les dysfonctionnements de nature à affecter la prise en charge des personnes âgées accueillies en EHPAD et / ou le respect de leurs droits ;
- Améliorer la qualité globale des prestations mises en œuvre par les EHPAD, aux fins de garantir la sécurité et le bien-être des résidents, l'individualisation des prises en charge et le respect de leurs droits et libertés.

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

Les informations connues par l'ARS et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription de l'EHPAD « La Source d'Auteuil », situé 11 rue de la Source, 75016 Paris, FINESS n°75 001 695 8, 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

RESSOURCES HUMAINES

PRISE EN CHARGE

1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
2. Respect des droits des personnes
3. Soins

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 17 juillet 2023, avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 7 juillet 2023. Un e-mail a été transmis à la direction le 7 juillet 2023 auquel étaient joints :

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

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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé 11 rue de la Source dans le 16^{ème} arrondissement de Paris, l'EHPAD « La Source d'Auteuil » est géré par l'association « Chemins d'Espérance » dont le siège social se situe au 57 rue Violet, 75015 Paris, conformément à l'arrêté 2017-433 en date du 28 décembre 2017. L'association « Chemins d'Espérance » gère 20 EHPAD, 3 résidences Autonomie et un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Anciennement maison de retraite pour religieuses, l'EHPAD « La Source d'Auteuil » a ouvert le 16 mai 2005. Il dispose de 88 places en hébergement permanent. Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale sur la totalité de sa capacité.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS du 03 décembre 2018, le GMP s'élève à [REDACTED] et le PMP à [REDACTED]. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles au niveau des chiffres médians régionaux¹ pour le GMP et nettement au-dessus pour le PMP.

Les 79 résidents accueillis le 17 juillet 2023 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6	Non renseigné
La Source d'Auteuil le 17 juillet 2023	[REDACTED]					
La Source d'Auteuil 2022						
La Source d'Auteuil 2021 ³						
IDF ⁴ 2021	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %	

Le budget de fonctionnement est 5 335 712,36 € en 2022, dont 2 823 008, 70€ au titre de l'hébergement, 629 389 € au titre de la dépendance et 1 883 314,66 € au titre du soin.

Le CPOM a été signé le 3 octobre 2019. Ses principaux objectifs sont les objectifs généraux des CPOM signés avec l'ARS et la Ville de Paris :

Objectif 1 : Renforcer la coordination des soins afin de :

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

Objectif 2 : Améliorer :

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

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

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

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

Aucune fiche de suivi de la contractualisation (annexe 5 du CPOM) n'a été transmise avec l'ERRD. Le rapport d'activité transmis avec l'ERRD ne comporte pas non plus d'état d'avancement des objectifs du CPOM. De ce fait, l'analyse de l'état d'avancement des objectifs ne peut être réalisée.

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 Il s'agit de résidents accueillis en juin et juillet 2023.

³ Source : ERRD 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	LA SOURCE D'AUTEUIL		
Nom de l'organisme gestionnaire	Chemins d'Espérance		
Numéro FINESS géographique	75 001 695 8		
Numéro FINESS juridique	75 005 729 1		
Statut juridique	Association		
Option tarifaire	Tarif global		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ⁵	88	88
	HT ⁶	0	
	UVP ⁷	NC	19
	PASA ⁸	0	
	UHR ⁹	0	
	UPHV ¹⁰	0	
	AJ ¹¹	0	
	AN ¹²	0	
	PFR ¹³	0	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	88		

⁵ Hébergement permanent

⁶ Hébergement temporaire

⁷ Unité de vie protégée / unité protégée

⁸ Pôle d'activité et de soins adaptés

⁹ Unité d'hébergement renforcée

¹⁰ Unité pour personnes âgées vieillissantes

¹¹ Accueil de jour

¹² Accueil de nuit

¹³ Plateformes d'accompagnement et de répit

Constats

Le rapport est établi au vu des réponses apportées aux questions posées sur une base déclarative et aux documents probants transmis.

Ecart : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire ;

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

Gouvernance
Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Conformité aux conditions d'autorisation	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.1.1.2	Au 17 juillet 2023, l'établissement compte 14 résidents. Le taux de présence est de 100%. Le taux d'occupation en 2022 s'élevait à 100%. L'EHPAD est habilité à accueillir 88 bénéficiaires de l'aide sociale. Au 17 juillet 2023, il compte 100 bénéficiaires de l'aide sociale. L'établissement compte une unité de vie protégée, le Cantou, de 19 places.		
1.1.3.1	Répartition des résidents en fonction du GIR Au 17 juillet 2023, l'établissement n'accueille aucun résident ayant un GIR 1. 100% des résidents ont un GIR 2. 100% ont un GIR 2 ou 3. Ces proportions sont conformes à la réglementation.		

Management et Stratégie

N°IGAS	Conformité aux conditions d'autorisation	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement : Le règlement de fonctionnement a été adopté par le conseil d'administration de « Chemins d'Espérance » le 21 février 2022 : il a été présenté aux instances représentatives du personnel le 19 janvier 2022 et au CVS le 22 février 2022.		
1.2.1.2	Le contenu du règlement de fonctionnement Le règlement de fonctionnement présente partiellement les rubriques attendues. Celui-ci ne comporte pas de précisions sur la façon dont l'argent de poche des résidents est géré (R.311-35 CASF). Il ne comporte pas non plus de mesures à prendre en cas de violence sur autrui (article R. 311-37 CASF), sur les affections, la dépendance, l'Alzheimer ainsi que l'organisation des soins comme le prévoit la Charte des droits et libertés de la personne accueillie. La composition et le rôle du CVS n'ont pas été mis à jour au regard du décret n°2022-731 du 27 avril 2022.	Écart n°1 : Le règlement de fonctionnement ne comporte pas de précision sur la gestion de l'argent de poche des résidents ce qui contrevient à l'article R.311-35 du CASF Écart n°2 : Le règlement de fonctionnement ne comporte pas de rubriques sur des mesures à prendre en cas de violence sur autrui conformément à l'article R. 311-37 CASF), ainsi sur les	

¹⁴ Source : rapport d'activité 2022 transmis avec l'ERRD 2022.

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
		affections, la dépendance, l'Alzheimer ainsi que l'organisation des soins tel que la Charte des droits et liberté de la personne accueillie.
		Ecart n°3 : La composition du CVS n'est pas en conformité au regard du décret n°2022-731 du 27 avril 2022
		Ecart n°4 : Le projet d'établissement est caduc depuis 5 ans, ce qui contrevient à l'article L.311-8 du CASF.
		Ecart n°5 : Le plan bleu n'est pas suffisamment détaillé sur la gestion des crises, en particulier sur l'évacuation de l'établissement et les défaillances énergétiques, et le plan de continuité de l'activité, ce qui contrevient à l'instruction interministérielle n° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.
1.2.1.4	Le projet d'établissement : Le projet d'établissement transmis à la mission de contrôle porte sur les années 2013-2018. Il a été initié par la directrice de l'établissement. Des groupes de travail ont été mis en place afin d'impliquer tous les personnels dans la démarche. Le préambule ne précise pas s'il a fait l'objet d'une présentation aux instances représentatives du personnel et au CVS et s'il a été adopté par le Conseil d'administration. Le projet d'établissement comporte les rubriques attendues. Le plan bleu : Le plan bleu a été mis à jour le 24 juin 2023. Le document transmis présente la procédure de déclenchement du plan bleu. Il n'est pas précis sur les points suivants : ✓ La procédure en cas de rupture de flux (électricité, eau potable, ...) ✓ La procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement ✓ Le plan de continuité de l'activité ✓ La procédure de gestion des décès massifs ✓ Le DARDE ✓ La procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu.	
1.2.1.6		
1.2.2.1 1.2.2.7	La direction : Le directeur de l'établissement a signé un CDI pour exercer les fonctions de directeur de l'EHPAD « La Source d'Auteuil » depuis [REDACTED]. Il est titulaire d'un master [REDACTED]. Il détient une « fiche emploi » mise à jour le 31 mars 2018. Un organigramme comportant les ETP des salariés a été transmis à la mission de contrôle. Il mentionne les liens hiérarchiques.	
1.2.2.8	Les astreintes : Une note technique portant sur les astreintes est datée du 3 août 2020. Les plannings transmis mentionnent trois personnes d'astreinte : le directeur, le responsable des soins et la responsable hébergement (en avril et mai uniquement).	

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.2.1 0	Les délégations : Le document unique de délégation transmis à la mission de contrôle est un document type daté du 10 janvier 2019 : il s'agit de grille de tâches déléguées ou subdéléguées par l'assemblée générale de l'association au conseil d'administration, au président, au directeur général et au « Dc », fonction qui pourrait être celle de directeur au regard des tâches qui lui sont déléguées. Il n'est pas fait mention spécifiquement du directeur de l'EHPAD La Source d'Auteuil.	Ecart n°6 : L'établissement n'a pas fourni le document unique de délégation concernant le directeur de l'EHPAD « La Source d'Auteuil », dûment signé des deux parties (déléataire et délégué), ce qui contrevient à l'article D.312-176-5 CASF.
1.2.2.1 2	L'infirmière coordinatrice (IDEC) : L'IDEC est titulaire du diplôme d'IDE et est régulièrement inscrite au RPPS. Elle a signé un CDI pour exercer les fonctions de responsable des soins au sein de l'EHPAD La Source d'Auteuil à compter [REDACTED] Elle ne dispose pas d'une fiche de poste. L'établissement a transmis à la mission de contrôle un document intitulée « missions responsable des soins » qui présente les différentes missions de l'IDEC du point de vue de l'usager. La médecin coordonnatrice (MEDEC) : Le MEDEC est titulaire d'un diplôme de docteur en médecine [REDACTED]	La mission Remarque 1 : La responsable de soins ne dispose pas d'une fiche de poste formalisée. Remarque 2 : L'IDEC n'a pas dans son parcours de certification concernant la coordination d'un établissement.
1.2.2.1 4	Sa fiche de poste (en cours de validation) indique que le médecin coordonnateur remplit 13 missions, alors qu'elles sont au nombre de 14 et ne mentionne pas quelques missions énumérées à l'article D.312-158 du CASF : - Réaliser une évaluation gériatrique à l'entrée du résident et en tant que de besoin - Réaliser un rapport annuel d'activité médicale - Identifier les acteurs de santé du territoire - Identifier les risques éventuels et mettre en place des mesures de prévention - Evaluer les risques et les bénéfices de la mise en place d'une mesure de contention.	Ecart n°7 : La fiche de poste du MEDEC n'est pas conforme à l'article D.312-158 du CASF.
1.2.2.1 5	Le MEDEC a signé un CDI à temps partiel [REDACTED] et est inscrit à l'ordre des médecins. Selon son contrat de travail, le MEDEC travaille 17.5h hebdomadaires soit 0.5 ETP, répartis comme suit : lundi et jeudi toute la journée, et mardi en demi-journée. Il est spécifié que le temps de travail pourra être modifié en cas de changement de la réglementation en vigueur. L'organigramme transmis précise que le MEDEC travaille pour [REDACTED] ETP. Les autres documents transmis à la mission de contrôle ne permettent pas d'attester que le MEDEC travaille pour [REDACTED] ETP au sein de l'EHPAD La Source d'Auteuil.	Ecart n°8 : Les documents transmis ne permettent pas d'attester que le MEDEC travaille pour [REDACTED] ETP au sein de l'EHPAD La Source d'Auteuil, ce qui contrevient à l'article D.312-156 du CASF.

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

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.3.3.1	Le CVS : Le règlement du CVS est daté du 19 janvier 2023. La lecture en a été faite lors de la séance du CVS du 3 février 2023. Cette présentation ne mentionne pas le rôle actif du CVS dans l'élaboration du projet d'établissement ni dans la participation aux mesures correctrices issues de l'évaluation. Elle ne mentionne pas non plus l'obligation pour les membres du CVS d'orienter les plaintes individuelles vers les personnes qualifiées. Il ne précise pas la durée de mandat des membres du CVS (article 9). Le règlement du CVS est signé par le représentant des familles du CVS et le directeur de l'établissement. Selon la mention portée au bas du document, il a été approuvé lors de la réunion du 19 octobre 2021. Ainsi, le règlement modifié n'a pas été approuvé par le CVS en février 2023. La mission de contrôle constate que de nouvelles élections du CVS afin de mettre sa composition en conformité avec l'article D.311-5 du CASF n'ont pas encore eu lieu au 17 juillet 2023. L'établissement a transmis 4 comptes rendus de CVS à la mission de contrôle : un CVS exceptionnel du 3 décembre 2021, deux CVS en 2022 (février et novembre), un CVS en février 2023. Ainsi, en 2022 il ne s'est tenu que 2 CVS.	Remarque 3 : Le règlement intérieur présenté à la séance du CVS du 3 février 2023 est incomplet. Ecart n°9 : Le règlement intérieur du CVS n'est pas conforme à l'article D.311-15 du CASF. Ecart n°10 : Le CVS ne s'est tenu que 2 fois en 2022, ce qui contrevient à l'article D.311-16 du CASF.
1.3.3.2	L'information au CVS : La direction a informé le CVS des résultats d'une enquête portant sur la restauration en 2021. Cependant, les résultats n'ont pas été portés à la connaissance de la mission d'inspection de telle sorte que celle-ci puise en faire l'analyse et en tirer les conséquences objectives. Le CVS exceptionnel porte sur des EIG [REDACTED] L'analyse de cet EIG [REDACTED] et les mesures préventives ne sont pas présentées au CVS. [REDACTED] le CVS est informé de deux EIG transmis à l'ARS concernant [REDACTED] est évoqué des facteurs environnementaux, sans plus de détails. Aucune mesure correctrice ou préventive n'est présentée.	Remarque 4 : Le compte rendu des échanges sur l'enquête n'a pas été présenté à la mission et l'analyse faite de l'enquête sur la restauration n'est pas analysée par le CVS. Remarque 5 : Aucune mesure correctrice ou préventive n'est présentée au CVS, alors que les EIG 2022 sont présentés.

Gestion de la qualité

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.4.1.7	Le plan d'amélioration continue de la qualité (PAQ) : Le projet d'établissement 2013-2018 ne définissait pas une démarche qualité. Il se donnait comme objectif de constituer un recueil des besoins et attentes des résidents.	Ecart n°11 : L'établissement n'a pas de plan d'amélioration de la qualité spécifique, nourri des enquêtes de satisfaction et de l'analyse des plaintes, réclamations et EI survenus dans

N°IGA S	Observations ou commentaires	
	Un « guide Qualité de la Source d'Auteuil » a été transmis à la mission de contrôle. Il présente 10 thèmes : - Mettre l'accueil et l'hospitalité au cœur de nos maisons, - Protéger et entretenir chez les résidents leur capacité à conduire leur vie, - Le résident, une personne reliée aux autres et disposant de libertés, - Accompagner la vie – toute la vie - jusqu'au bout, - L'établissement rassure et prend soin des résidents, - Favoriser l'ouverture et l'échange, - Le personnel constitue la force essentielle de la vie de l'établissement, - Accueillir dans un lieu rassurant, - Chaque établissement fait vivre le projet associatif dans son quotidien, - L'association constitue un potentiel social, économique et culturel. Pour chaque thème, sont déclinés : les repères qualité de l'association, les mots clés du projet associatifs, les points forts et les points à améliorer de l'établissement. Ce guide ne laisse pas apparaître s'il est nourri des enquêtes de satisfactions, de l'analyse des plaintes et réclamations et de l'analyse des EI et EIG survenus au sein de l'établissement. Il ne présente pas une priorisation des points à améliorer avec un échéancier. Il s'agit d'une trame conçue par l'association et qui invite chaque établissement « dans une concertation permanente avec le personnel à s'approprier ce projet associatif et à la faire vivre dans le quotidien de son activité. Ce document est vierge : il n'a pas été renseigné par l'établissement.	l'établissement, avec un échéancier des points à améliorer, ce qui contrevient à l'article L.312-8 du CASF. Ecart n°12 : La mission relève que plusieurs documents structurant l'organisation du travail émanent du siège de l'association sans avoir été adaptés à l'établissement, ce qui ne permet pas d'attester que les outils mis à disposition de l'établissement sont élaborés avec le personnel, les familles et/ou le résident, et permettent une prise en charge individualisée du résident, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
1.4.2.1	Les évaluations interne et externe Le rapport d'évaluation interne transmis à la mission de contrôle n'est pas daté mais mentionne une restitution de l'évaluation en mai 2013. Le rapport de l'évaluation externe transmis par l'établissement date d'avril 2014. En vertu de l'arrêté conjoint de l'ARS et de la Ville de Paris, l'évaluation externe devra être transmise au plus tard au 2eme semestre 2025.	

N°IGA S	Observations ou commentaires	
1.4.3.1	La politique de promotion de la bientraitance : Le projet d'établissement 2013-2018 posait quelques principes (respect de la dignité des personnes, bien être des personnes accueillies, respect du rythme des résidents) sans toutefois proposer une définition de la maltraitance ni des objectifs précis : déclarait « mettre en place les mesures nécessaires à une démarche effective de bientraitance tel que le projet personnalisé » sans les décliner. Il proposait également de formaliser la promotion de la bientraitance dans des documents : livret d'accueil, projet personnalisé d'accompagnement, projet de soins, projet d'animation. En l'absence de projet d'établissement récent, de projet de soins et de projet d'animation, la mission de contrôle ne peut garantir que ce cadre a été actualisé. La mission relève également l'absence de formation portant sur la bientraitance en 2021, 2022 et 2023. La mission relève l'absence de mention de groupes d'analyses de pratiques professionnelles animés par un intervenant extérieur dans les plans de développement des compétences, malgré l'inscription de l'objectif dans le projet d'établissement 2013-2018.	Ecart n°13 : L'établissement n'a pas formalisé de politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance, ce qui contrevient à l'article L.311-8 du CASF.
1.4.3.2	Les situations de violences sur autrui, y compris sexuelles : La mission de contrôle constate l'absence de procédure portant sur les situations de violence sur autrui, y compris sexuelles. Une telle situation ayant été signalée en mai et octobre 2021, la mission s'interroge sur le fait que l'analyse des deux EIG signalés n'ait pas conduit l'établissement à travailler sur la manière de les prévenir, de les prendre en charge et de les signaler en formalisant une procédure. 64% des EI portés sur les listes transmises à la mission de contrôle concernent des situations d'agressivité, de violence ou de comportement inadapté. La prégnance de ce type de situation n'a pas conduit l'établissement à réfléchir sur la manière de prévenir et de prendre en charge ce type de situations.	Ecart n°14 : Aucune procédure n'a été définie sur le traitement des situations de violence sur autrui, y compris sexuelles, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.5.1.1	Les enquêtes de satisfaction : L'établissement a transmis les questionnaires vierges des enquêtes de satisfaction qui portent la date de 2021 et de 2022. Ces documents n'attestent pas que des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des proches des résidents ont été menées. Les plaintes et réclamations : L'établissement a transmis une procédure de gestion des réclamations datée de mai 2016. Les destinataires des plaintes sont au nombre de quatre : la responsable des soins, la responsable hébergement, le responsable technique, le directeur. La procédure pose que toute réclamation doit faire l'objet d'une réponse écrite, sans définir de délai de réponse. 3 plaintes ont été transmises :	Remarque 6 : La mission de contrôle ne peut garantir que des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des proches des résidents sont menées tous les ans. Remarque 7 : Les plaintes ne donnent pas lieu à des réponses systématiques. Ecart n°15 : Une plainte aurait dû être qualifiée d'EIG et n'a donné lieu ni à une réponse ni à une analyse des causes ni à un

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Une en date de janvier 2023 qui porte sur des volets roulants qui ne s'ouvrent pas. La réponse a été apportée 5 jours plus tard. - [REDACTED] - Une en date de juin 2023 concernant des objets cassés ou égarés ; et une absence de réponse aux mails depuis plusieurs mois ; le directeur a répondu de façon circonstanciée 4 jours plus tard. La mission relève que la réclamation la plus importante visant la posture professionnelle de professionnels [REDACTED] n'ont pas fait l'objet d'une analyse en l'équipe ni d'une réponse circonstanciée de la direction de l'établissement. Cette réclamation ne figure pas non plus dans la liste des EI transmise à la mission de contrôle.	retour d'expérience, ce qui contrevient aux articles L.331-8-1 et L.311-3 du CASF.
1.5.1.3	Les procédures de déclaration des événements indésirables (EI) et des événements indésirables graves (EIG) : L'établissement a transmis une procédure de signalement des événements indésirables datée du 7 juin 2021 : il s'agit d'une procédure du siège à destination de la direction. Elle définit la plainte, l'événement indésirable, l'événement indésirable associé aux soins et l'événement indésirable grave. Elle fait référence à une fiche de signalement interne à la disposition de tous les salariés, sans qu'il soit explicitement précisé que le salarié est protégé conformément à l'article 312-24 du CASF. La procédure mentionne l'obligation de mener des retours d'expérience dans les 3 mois qui suivent la déclaration d'un EIGS. Elle précise que tout EIG doit faire l'objet d'une communication au CVS. Elle invite le directeur à recevoir les témoins et à mener en concertation avec eux une analyse. Elle n'explicite pas les outils de suivi et d'analyse de l'ensemble des EI et EIG, permettant d'inclure des mesures préventives au plan d'amélioration de la qualité de l'établissement.	Remarque 8 : Les outils de suivi et d'analyse des EI ne sont pas suffisamment développés pour permettre la mise en œuvre des actions correctrices ou améliorer les pratiques professionnelles.
1.5.1.5 1.5.1.6	La liste des événements indésirables : L'établissement a transmis la liste des EI et des EIG déclarés en 2022 et 2023. Aucun EIG n'a été déclaré à la Ville de Paris en 2022 et en 2023. 7 EI ont été enregistrés entre le mois d'avril et le mois de juin 2023. 7 EI avaient été enregistrés en 2022 (entre mars et juillet 2022). Alors qu'en 2022, 7 salariés avaient été à l'origine des EI, en 2023, 6 salariés sont à l'origine des déclarations (mais les métiers sont plus divers). Ceci témoigne d'une lente diffusion de la culture de déclaration des EI.	Remarque 9 : Au vu du faible nombre d'EI enregistrés par an et de l'absence de retour d'expérience, la culture de l'EI ne paraît pas suffisamment répandue au sein de l'établissement Ecart n°16 : Les EIG ne sont pas systématiquement déclarés à l'ARS et à la Ville de Paris, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 et R331-8 du CASF. Remarque 10 : Aucun retour d'expérience n'a été transmis à la mission de contrôle.

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
	 La mission relève l'irrégularité des déclarations sur l'année et leur petit nombre. La liste des EIG transmis par l'établissement ne comprend qu'un EIG [redacted] Les derniers EIG transmis à la Ville de Paris [redacted] Les EIG de 2022 cités lors du CVS de novembre 2022 n'ont pas été déclarés à la Ville de Paris et ne figurent pas dans la liste des EIG transmise par l'établissement. Aucun retour d'expérience n'a été transmis à la mission de contrôle.	

Gestion des ressources humaines

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.1	La composition de l'équipe pluridisciplinaire : A la date du contrôle, la mission constate que l'établissement a affecté à la prise en charge et aux soins :	Ecart n°17 : Le nombre d'ETP d'IDE est insuffisant, ce qui ne permet pas d'assurer une prise en charge et un

N°IGA
S

Observations ou commentaires

Constat E/R

ETP Actuel ¹⁵	Effectif théorique ¹⁶	Postes vacants
Directeur		accompagnement des résidents de qualité ce qui contrevient à l'article L311-3-3° du CASF. Ecart n°18 : L'établissement affecte ● ETP à la prise en charge soins des résidents alors que ces agents n'ont pas la qualification d'AS ou d'AES. Ces personnels sont non qualifiés, puisqu'ils ne disposent pas de diplômes d'Etat exigés par l'article D.312-155-0, II du CASF. En affectant du personnel non qualifié aux soins des résidents, l'établissement n'est pas en mesure de répondre à son obligation de leur assurer un accompagnement de qualité, ce qui contrevient à l'article L311-3-3° du CASF.
Administratif		
Secrétaire de direction		
Equipe standard WE		
01 Direction/ Administraton		
Responsable hébergement		
AVS/ASH		
Service logistique		
Agent hôtelier		
03 Hotellerie/restauration		
MEDEC		
IDEC		
IDE Jour		
AS et AES		
06 Soins		
Ergothérapeute		
Psychomotricien		
Kinésithérapeute		
Educateur Activité Physique Adaptée		
07 Paramédical		
08 Psychologue		
09 Animation		
Total Général		

Ecart n°19 :

La mission relève la mention de trois métiers affectés à l'équipe de soins et ne correspondant à aucune qualification précise et répertoriée (accompagnant Vie et Santé, agents de soins et garde-malade), ce qui contrevient à l'article L.311-3-3° et D.312-155-0, II du CASF.

Ce tableau illustre des incohérences sur la qualification du personnel déclaré aide-soignant ou AVS, alors qu'à la consultation des plannings des soignants, il est noté que des AVS font fonction de soignant. La mission n'explique pas le fait que 9 AVS sont

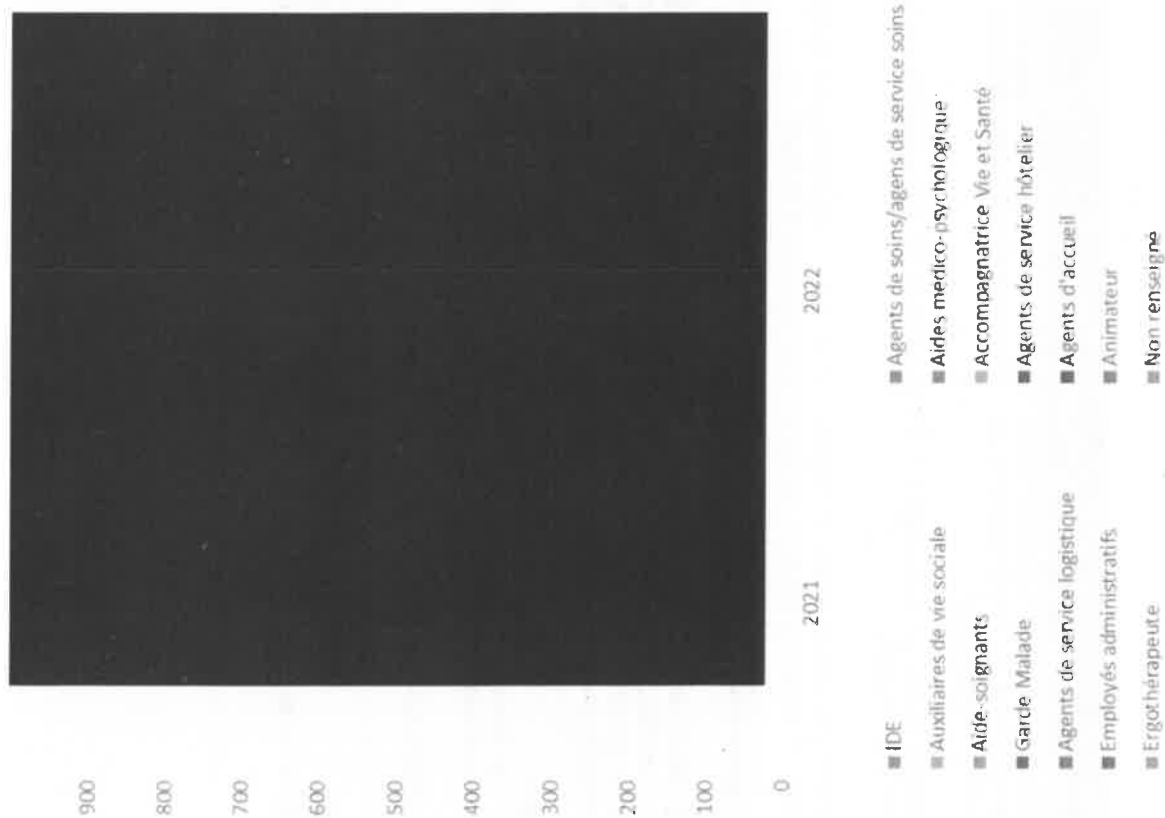
¹⁵ Source : organigramme fourni par l'établissement à la mission de contrôle
¹⁶ EPRD 2022.

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
	rattachés à la responsable hébergement, alors que l'établissement déclare à l'EPRD ☒ ETP d'ASH. Aucune ASH ne figure à l'organigramme. La mission a repéré une ASH sur le planning de l'équipe de soins. A noter que l'établissement dispose d'un effectif d'autre personnel pour ☒ ETP qu'il déclare être du personnel soignant¹⁷. La mission ne peut considérer ce personnel non qualifié comme faisant partie de l'effectif soignant, car leur qualification ne correspond pas à l'équipe pluridisciplinaire décrite à l'article D312-155-0 du CASF. Pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents au regard de l'effectif soignant de l'établissement actuellement en poste, la mission de contrôle se base sur un effectif minimal de soignants requis calculés sur des critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du CPOM. Les critères retenus prennent en compte la dernière coupe AGGIR/PATHOS pour définir la prise en charge soins/dépendance et le nombre de places en hébergement permanent autorisées. Selon les critères retenus par le CPOM : - Capacité d'hébergement permanent x GMP établissement validé/nombre d'ETP (AS +AES) = RGMP SI RGMP supérieur à 3200 le nombre d'ETP d'AS/AES est insuffisant. ☒ Le nombre d'ETP d'AS/AES est donc suffisant. - Capacité d'hébergement permanent x PMP établissement validé/ nombre d'ETP IDE = RPMP SI RPMP supérieur à 4300 le nombre d'ETP d'IDE est insuffisant. ☒ Le nombre d'ETP d'IDE est donc insuffisant. Selon ces critères, le besoin minimum en ETP soignant de l'établissement est de : - 21 AS/AES - 6 IDE S'agissant de l'effectif d'IDE : l'établissement est non conforme. Il dispose de ☒ ETP d'IDE en CDI, alors que 6 IDE a minima sont nécessaires ; il lui manque ☒ ETP d'IDE. S'agissant de l'effectif AS/AES/AMP : l'établissement est conforme en quantité mais pas en qualité. La mission de contrôle a recensé sur les plannings pas moins de ☒ salariés en CDI qui font partie de l'équipe de soins et qui ne sont pas aides-soignantes : ☒ « garde malade », ☒ agents de soins », ☒ AVS », ☒ AMP.	

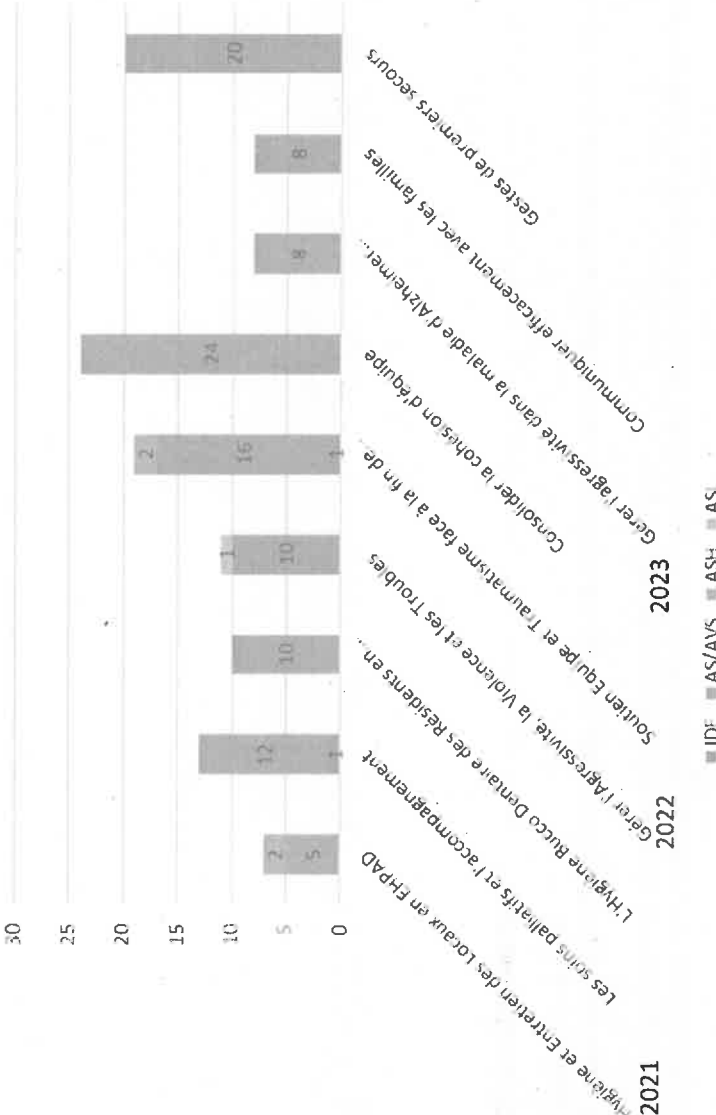
¹⁷ Source : EPRD 2022 colonne « nombre d'ETP rémunérés ».

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La mission relève également que le terme AVS désigne dans le registre du personnel les « accompagnatrices vie et santé ». Cette dénomination ne correspond pas aux métiers répertoriés par le ministère de la santé et de la prévention. Aucune qualification précise ne correspond à cette dénomination. En conclusion : la mission constate qu'il manque ● ETP d'IDE dans l'effectif IDE. Elle constate la présence de personnel non qualifié dans l'effectif A et AES/ (AMP). De ce fait, l'établissement n'est pas en mesure de répondre à son obligation d'assurer une prise en charge de qualité à ses résidents ; ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0. Il et L311-3 3° du CASF.	
2.1.1.3	Le taux de rotation du personnel : Le taux de rotation du personnel de 2021 que l'établissement a déclaré lors de la campagne ANAP est de ● %. Ce taux est en dessous des médiane nationale (12,5 %), régionale (14,17) et parisienne. Le taux de rotation déclaré en 2022 est de ● %, ce qui reste très en dessous des médianes, nationale (13,54%), régionale (13,54%) et départementale (12,52 %). Le taux de rotation du personnel de l'établissement- comparé aux médianes territoriales- indique une stabilité de ses effectifs en CDI. Le taux d'absentéisme : Le taux d'absentéisme du personnel de 2021 déclaré à l'ANAP était de ● %. Ce taux est identique à la médiane nationale (11,68%), et en dessous des médianes parisienne (13,51%) et régionale (12,49%). En 2022, la mission s'étonne que l'établissement ait déclaré ● d'absentéisme.	
2.1.1.6	Le recours aux CDD : La mission a comptabilisé sur les registres du personnel transmis 417 CDD en 2021 et 873 en 2022. Ils se répartissent comme suit :	Ecart n°20 : : L'établissement recourt de manière importante aux CDD de courte durée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 3° du CASF.

Nombre de CDD par métier
(Source : registre du personnel 2021 et 2022)



N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Plus de ● des CDD concernent des agents affectés aux équipes de soins. En 2022, les ● CDD ont concerné ● professionnels. En 2021 les ● CDD concernait ● professionnels.	
2.1.2.1	La formation : Au regard des plans de développement de compétences des années 2021 et 2022 transmis par l'établissement, la mission constate que peu de formation (entre 2 et 3 par an) sont programmées. 30 personnes ont été programmées chacun des deux années. Aucune formation qualifiante n'a été programmée, malgré la présence importante de personnel non qualifié au sein de l'établissement. Aucun personnel ne paraît engagé dans une VAE. Le tableau 2023 est un tableau prévisionnel : il prévoit que 20 aides-soignants et AVS soient formées aux gestes de premiers secours ; 3 autres formations concerneraient 40 aides-soignantes et AVS. Les personnels inscrits aux formations sont des ASH, des auxiliaires de vie sociale, des aides-soignants ou des IDE : ils se répartissent comme suit :	Ecart n°21 : Le nombre de formations aux gestes d'urgence sur 3 ans ne permet pas de garantir le renouvellement des AFGSU de tous les personnels, ce qui ne permet pas de garantir suffisamment la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF. Remarque 11 : Aucune formation qualifiante n'est prévue pour l'année 2023. Remarque 12 : Aucune formation concernant la prévention de la maltraitance n'a été prévue sur les 3 dernières années.

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R																																																																																										
	Personnel devant suivre des formations 2021-2023 (Source : plan de développement des compétences 2021-2023) <table><thead><tr><th>Thème de formation</th><th>2021 (IDE)</th><th>2021 (AS/AVS)</th><th>2021 (ASL)</th><th>2022 (IDE)</th><th>2022 (AS/AVS)</th><th>2022 (ASL)</th><th>2023 (IDE)</th><th>2023 (AS/AVS)</th><th>2023 (ASL)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Hygiène et Entretien des locaux en EHPAD</td><td>2</td><td>5</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>Les soins palliatifs et l'accompagnement</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>Gérer l'agressivité, la violence et les troubles</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>12</td><td>10</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>Soutien Equipe et Traumatisme face à la fin de</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>Consolider la cohésion d'équipe</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>16</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>Gérer l'agressivité dans la maladie d'Alzheimer...</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>Communiquer efficacement avec les familles</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>24</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>Gestes de premiers secours</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>8</td><td>8</td><td>20</td></tr></tbody></table> La mission constate que toutes les formations de l'année 2023 sont réalisées uniquement pour les AS ou les AVS. Aucune formation sur la bientraitance n'a été programmée sur les trois dernières années. Selon le RAMA 2022, le MEDEC a sensibilisé les personnels sur les thèmes suivants : risque de déshydratation, conduite à tenir en cas de canicule, prévention des chutes, conduites à tenir devant des troubles du comportement, recommandations de l'ARS sur la conduite à tenir devant des cas de résidents atteints de covid-19. L'IDEC a sensibilisé le personnel sur les des pratiques non précisées. L'ergothérapeute a sensibilisé le personnel sur l'utilisation du matériel de pesée, les verbalisateurs et les fauteuils. La psychomotricienne a sensibilisé le personnel sur l'aide à la toilette, et l'approche comportementale des résidents ayant des troubles du comportement. Le RAMA ne précise ni la durée de ces sensibilisations ni le nombre de personnel concerné.	Thème de formation	2021 (IDE)	2021 (AS/AVS)	2021 (ASL)	2022 (IDE)	2022 (AS/AVS)	2022 (ASL)	2023 (IDE)	2023 (AS/AVS)	2023 (ASL)	Hygiène et Entretien des locaux en EHPAD	2	5	0	0	0	0	0	0	0	Les soins palliatifs et l'accompagnement	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Gérer l'agressivité, la violence et les troubles	0	0	0	12	10	0	0	0	0	Soutien Equipe et Traumatisme face à la fin de	0	0	0	0	0	1	0	0	0	Consolider la cohésion d'équipe	0	0	0	0	0	16	0	0	0	Gérer l'agressivité dans la maladie d'Alzheimer...	0	0	0	0	0	2	0	0	0	Communiquer efficacement avec les familles	0	0	0	0	0	24	0	0	0	Gestes de premiers secours	0	0	0	0	0	0	8	8	20	
Thème de formation	2021 (IDE)	2021 (AS/AVS)	2021 (ASL)	2022 (IDE)	2022 (AS/AVS)	2022 (ASL)	2023 (IDE)	2023 (AS/AVS)	2023 (ASL)																																																																																			
Hygiène et Entretien des locaux en EHPAD	2	5	0	0	0	0	0	0	0																																																																																			
Les soins palliatifs et l'accompagnement	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																			
Gérer l'agressivité, la violence et les troubles	0	0	0	12	10	0	0	0	0																																																																																			
Soutien Equipe et Traumatisme face à la fin de	0	0	0	0	0	1	0	0	0																																																																																			
Consolider la cohésion d'équipe	0	0	0	0	0	16	0	0	0																																																																																			
Gérer l'agressivité dans la maladie d'Alzheimer...	0	0	0	0	0	2	0	0	0																																																																																			
Communiquer efficacement avec les familles	0	0	0	0	0	24	0	0	0																																																																																			
Gestes de premiers secours	0	0	0	0	0	0	8	8	20																																																																																			

N° IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.2.5	Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels : Une « procédure et fiche navette » datée de 2023 a été transmise par l'EHPAD. Elle n'est pas spécifique à l'établissement. Cette procédure prévoit de désigner un tuteur (manager ou membre expérimenté de l'équipe). Une visite de l'établissement est organisée puis un temps de formation à la prise de poste et à l'intégration. Des échanges réguliers avec le responsable sont prévus. La fiche navette liste l'ensemble des actions du parcours d'intégration du nouvel arrivant avec élargement du responsable et visa de l'agent. L'établissement n'a pas transmis de livret d'accueil du salarié. La fiche navette établit qu'une présentation de l'organisation du service et du poste de travail et des formations au respect des droits et libertés de la personne accompagnée et au signalement EI sont prévues.	
2.1.4.5	L'organisation du travail : S'agissant de l'effectif soignant de jour : sur les plannings observés (juin, juillet, août 2023), selon les étages sont prévues : - 2 AS pour mes 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} étage et une AS au RDC haut, - 1 AVS aux 2^{ème}, et 4^{ème} étage, 2 AVS sur un roulement et Une AVS sur l'autre pour le 3^{ème} étage, et aucune sur le RDC haut. A l'UVP, deux salariés sont présents chaque jour : la mission d'inspection n'a pu identifier la qualification de chaque professionnel, mais a pu noter que certains jours une AES et une « garde-malade » étaient présentes. En l'absence d'aide-soignante la question de la prise en charge en soins se pose. Pour ce qui est des IDE, la mission constate que pour les résidents, une seule IDE est présente 21 jours sur les 30 jours que compte le mois de juin. 3 agents hôteliers sont affectés au service hôtelier. : 4 ASH figurent au planning du mois de juin, mais deux sont absentes du 1er au 10 juin ; seule une ASH est remplacée.	Ecart n°22 : Les effectifs réellement présents au mois de juin (IDE, AVS, AS) ne permettent pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement des résidents de qualité ce qui contrevient à l'article L311-3 3° du CASF.
2.1.4.2 2.1.2.4	Missions et tâches du personnel : 13 fiches de tâches horaires ont été transmises : - 2 fiches de tâches AS/AVS en soins pour les 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} étage de 7h45 à 19h15 et de 8h35 à 20h05. - 1 fiche de tâches AS pour le 5^{ème} étage - 1 fiche de tâches AVS de 7h30 à 19h pour les 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} étages	Ecart n°23 : Les fiches de tâches horaires ne différencient pas les métiers d'AS et d'AVS ce qui ne permet pas de garantir que chaque salarié accomplit des tâches correspondant à sa qualification ce qui peut conduire à un glissement de tâches qui

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- 3 fiches de tâches pour l'UVP (le Cantou) : 2 fiches AS/AVS en soins de 8h35 à 20h05 et de 8h00 à 19h30, et une troisième fiche de tâches qui ne mentionne pas à quel type de professionnel elle est adressée de 6h55 à 18h25. - Pour les équipes de nuit, les 3 fiches de tâches sont vierges. - 1 fiche de tâches pour les agents hôteliers, - 2 fiches de tâches pour les IDE de 7h30 à 19h et de 8h00 à 16h, Les fiches de tâches appellent principalement deux remarques : - Les fiches de tâches des infirmiers ne mentionnent pas de transmissions orales avec l'équipe des AS en début et en fin de journée - La qualification AVS en soins n'est pas une qualification reconnue. Une AVS ne peut exercer les mêmes tâches et missions qu'un AS.	engage la sécurité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient aux articles L311-3 et D.451-88 et 89 du CASF, ainsi qu'à l'article R4311-4 du CSP. Remarque 13 : Le temps de transmission orale entre infirmiers et équipe de nuit n'est pas garanti par les fiches de tâches.
2.1.4.7	La gestion des absences : La procédure de remplacement en cas d'absence inopinée est datée du 17 juillet 2023. C'est le cadre d'astreinte qui se charge de contacter les vacataires. La fiche de procédure décrit l'organisation du travail en cas d'absence de remplacement en déléguant certaines tâches des AVS aux AS si un AVS est absent. Si une AS est absente il est noté « l'AVS passe en soins ». Ceci constitue de fait un glissement de tâches. L'établissement a mis en place une indemnité de remplacement inopiné lorsqu'un salarié remplace son collègue.	Ecart n°24 : La procédure de remplacement en cas d'absence inopinée ouvre vers un glissement de tâches entre les AS et les AVS, ce qui contrevient aux articles L311-3 et D.451-88 et 89 du CASF, ainsi qu'à l'article R4311-4 du CSP.
2.1.4.1 0	Le personnel de nuit La consultation des plannings transmis par l'établissement pour les mois de juin, juillet et août 2023 montre que l'équipe de nuit est composée d'agents de soins, d'AVS et d'aides-soignants. Les fiches de tâches transmises par l'établissement pour le personnel de nuit sont des documents vierges. Une personne prend son service à 20h00 et termine à 7H00 ; une autre arrive à 20h30 et part à 7h30. Une troisième personne est présente une l'UVP (le Cantou) de 20h00 à 7h00. En l'absence de tels documents, la mission ne peut garantir que le personnel de nuit a les qualifications requises pour les missions et tâches qui lui sont dévolues.	Ecart n°25 : En l'absence de documents transmis concernant l'équipe de nuit, la mission ne peut s'assurer des qualifications et formations du personnel intervenant la nuit ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.

Prises en charge

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

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.1.1.1	La procédure d'admission : Un protocole de préadmission daté de janvier 2016, mis à jour le 15 juillet 2023, a été transmis à la mission de contrôle. La préadmission est l'occasion pour le futur résident de rencontrer la direction chargée de présenter la résidence, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour, le MEDEC qui organise une visite médicale et s'informe sur le choix du médecin traitant, ; le cadre de santé qui présente la prise en charge paramédicale et le système de distribution des médicaments et l'équipe soignante. La procédure intitulée « Accueil et admission » datée de février 2022 et mise à jour le 15 juillet 2023 détaille l'organisation de l'admission, notamment pour la responsable hébergement. Ces procédures ne précisent pas qui valide l'admission ni les modalités de du consentement du futur résident. L'établissement déclare utiliser le dossier unique d'admission et Via Trajectoire. Le projet d'établissement précise que la préadmission est validée par l'adjoint de direction et par le MEDEC. Une commission d'admission est composée du directeur, de l'adjointe de direction, du médecin coordinateur et de l'infirmière coordinatrice. L'équipe des soignants et des intervenants de l'étage qui accueille le futur résident valide aussi cette décision. Le projet d'établissement précisait également les critères de refus : ✓ les personnes qui n'ont pas le profil dépendance de l'établissement, ✓ les personnes présentant des pathologies psychiatriques, ✓ si l'admission du futur résident nécessite des actes médicaux supérieurs à ceux qui sont organisés dans l'établissement, ✓ en cas d'absence de consentement, ✓ en cas de désaccord entre les personnes qui décident de l'admission. Compte tenu de la date du projet d'établissement, la mission ne peut s'assurer que cette procédure est toujours valide.	Remarque 14 : La mission ne peut garantir que le MEDEC est toujours partie prenante de la décision d'admission et que le l'établissement s'assure du consentement du futur résident.
3.2.1.2	Les évaluations à l'admission : Aucun document ne mentionne que des évaluations multidimensionnelles sont réalisées à l'entrée du résident. Seule l'évaluation du GIR du nouveau résident dans le mois qui suit son admission est mentionnée dans la procédure d'admission et d'accueil. Le RAMA 2022 évoque une évaluation systématique de la douleur à l'admission par l'IDE ainsi que par le médecin coordonnateur durant la visite de pré-admission et durant le PAP.	Ecart n°26 : L'absence d'évaluation multidimensionnelle systématique à l'entrée des résidents comportant au minimum des évaluations de la douleur, du risque d'escarres, de la sarcopénie, du risque de chutes, du risque suicidaire, des fonctions cognitives et le dépistage des troubles de la déglutition et des troubles de l'humeur et du comportement, contrevient aux articles D312-158-3 2° du et L311-3 3° du CASF.

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les projets d'accompagnement personnalisés : La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé est datée du 10 juillet 2022 et a été mise à jour le 15 juillet 2023.	Ecart n°27 : La procédure « projet d'accompagnement personnalisé » ne précise ni le délai d'élaboration du PAP à l'entrée du résident ni le délai de révision de chaque PAP, ni la procédure de renouvellement a minima annuelle, ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge individualisée de qualité, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
3.1.3.3	La psychologue se charge de collecter auprès des différents professionnels les informations sur la prise en charge du résident. Lors de cet entretien, la psychologue présente les directives anticipées. Des objectifs sont fixés. Elle organise un entretien avec le résident afin de recueillir son « ressenti ». Un entretien est organisé avec sa famille si le résident a donné son accord. La psychologue fait le retour des entretiens à l'équipe pluridisciplinaire 1 (infirmier, 1 soignant, l'animatrice, la responsable des soins, le MEDEC). Puis elle rédige le PAP. La procédure pose la nécessité de réviser « régulièrement » le PAP. Les résidents n'ont pas de référent soignant désigné. La procédure ne garantit pas les délais d'élaboration du premier PAP ni la fréquence de sa mise à jour. Seule la psychologue est posée comme référente. Le questionnaire concernant le projet d'accompagnement personnalisé est un recueil des habitudes et des souhaits du résident à l'entrée dans l'établissement.	Ecart n°28 : L'absence de référent soignant chargé de l'élaboration et du suivi du projet personnalisé avec le résident ne garantit pas la participation active du résident à l'élaboration du projet et une réelle participation de l'équipe soignante, ce qui contrevient à l'article D.312-155-0 du CASF.
3.1.4.4	La commission de coordination gériatrique : L'établissement a transmis le compte rendu d'une commission qui s'est tenue le 15 septembre 2021. Le compte-rendu ne mentionne pas la présence de l'officine de pharmacie avec laquelle l'établissement a passé convention alors que cette séance a porté sur le circuit du médicament (émission directe des ordonnances via le logiciel de soins, liste des médicaments du stock tampon notamment). La mission de contrôle relève l'absence de la psychologue, de l'IDEC, de l'ergothérapeute, de la psychomotricienne, et des kinésithérapeutes notamment. Le MEDEC n'a pas présenté le RAMA à la commission, ce qui n'est pas conforme à La commission de coordination gériatrique ne se réunit pas une fois par an, ce qui contrevient à l'article D.312-158 3 du CASF. Les instances de prévention : L'établissement fait état de l'existence d'une commission chutes qui se tient tous les trimestres, d'une commission nutrition deux fois par an, d'une réunion autour des soins palliatifs deux fois par an.	Ecart n°29 : La commission de coordination gériatrique ne se réunit pas une fois par an, ce qui contrevient à l'article D.312-158 3 du CASF. Ecart n°30 : La composition de la commission de coordination gériatrique n'est pas conforme à l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission gériatrique mentionnée au 3° de l'article D.312-158 du CASF.

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.1.4.5	L'intervention des professionnels libéraux : 6 médecins interviennent au sein de l'EHPAD respectivement pour 35, 27, 8, 6, 2 et un résidents. 5 d'entre eux utilisent le logiciel soins de l'établissement pour réaliser leurs prescriptions.	
	Le rôle des bénévoles : Selon le règlement de fonctionnement, les bénévoles portent un badge et sont invités à signer une charte du bénévolat. Le projet d'établissement ne définit pas le rôle et les missions des bénévoles. Il pose que l'adjointe de direction encadre les bénévoles. La charte précise qu'un entretien est organisé une fois par an avec le directeur. Le bénévole s'engage à intervenir de manière régulière et à n'accepter aucune gratification. L'intervention du bénévole n'est pas cadrée par le projet d'accompagnement personnalisé auquel la charte ne fait pas référence.	Remarque 15 : Le rôle des bénévoles n'est pas défini ni encadré.
2.5.4.3	Le système d'appel malade : L'établissement a déclaré vérifié quotidiennement le relevé d'appels malades sans préciser la durée moyenne de réponse notamment.	

Respect des droits des personnes accompagnées.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le livret d'accueil : Le livret d'accueil présente l'équipe pluri professionnelle de l'EHPAD et le rôle de chacun. Il rappelle les valeurs de l'association, les lieux d'expression du résidents (plaintes, CVS, réunions annuelles des familles), et présente les locaux de la résidence. Il présente également les animations et ateliers du lundi au samedi, les services et prestations (sans préciser lesquelles ne sont pas prises en charge par l'établissement).	Remarque 16 : L'entretien d'admission est ouvert à la participation de la famille ou de proches, en plus du représentant légal ou de la personne de confiance ce qui ne garantit pas le recueil du consentement libre et éclairé du résident.
3.2.2.2 3.2.2.5	Il mentionne que sont annexés la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement. Il rappelle que les données du résident font l'objet d'un traitement informatisé et que celui-ci peut s'y opposer et que les données médicales sont couvertes par le secret médical.	
	Le livret d'accueil ne rappelle pas l'existence du 3077 et la possibilité de saisir une personne qualifiée en cas de désaccord ou de conflit avec la direction de l'établissement. Le livret d'accueil ne mentionne pas non plus la possibilité de désigner une personne de confiance ni celle d'énoncer des directives anticipées.	Remarque 17 : Le contrat de séjour ne précise pas le numéro de chambre du résident.
	Le contrat de séjour :	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le contrat de séjour mentionne comme préalable l'avis favorable de la commission d'admission et la transmission d'informations relatives à la personne de confiance et l'entretien d'admission. Cet entretien d'admission mentionne la possibilité de la présence du représentant égal, de la personne de confiance et/ou de la famille ou de proches. Cette précision ne permet pas de garantir le recueil du consentement éclairé du résident. Le contrat de séjour liste l'ensemble des prestations proposées par la résidence en précisant si les frais sont à la charge de l'établissement ou du résident. L'ensemble est conforme à la réglementation en vigueur au jour du contrôle. Le contrat de séjour précise le personnel en charge de la surveillance médicale sans mentionner les AVS Soins ou les agents de soins que la mission de contrôle a mentionné p.20 et p.26 du présent rapport. Le contrat de séjour précise les possibilités de saisir des instances de médiation en cas de litige, notamment les personnes qualifiées. Au contrat de séjour sont annexées 18 pièces, dont notamment, le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement, la liste des prestations minimales d'hébergement, la grille tarifaire ; l'état des lieux, l'information relative aux biens et objets personnels, l'autorisation de droit à l'image, l'information concernant les directives anticipées, les mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident. L'ensemble des annexes transmises à la mission de contrôle sont conformes à la réglementation en vigueur. Une note d'information sur la personne de confiance a également été transmise. L'admission en UVP donne lieu à la signature d'une annexe, afin de s'assurer du consentement du résident. La grille tarifaire transmise à la mission de contrôle est vierge. La mission ne peut garantir que les prestations complémentaires donnant lieu à facturation pour le résident sont réglementaires. Le contrat de séjour ne précise par le numéro de chambre attribuée au résident, ce qui ne permet pas de garantir que l'établissement recueille le consentement du résident, en établissant un avenant, en cas de changement de chambre.	
3.2.3.1	La liberté d'aller et venir : Le contrat de séjour en son article 11 précise dans quelles conditions la liberté d'aller et venir du résident pourrait être limitée au regard de son état de santé et afin d'assurer sa sécurité. L'annexe 17 constitue un avenant au contrat de séjour : elle définit les mesures permettant d'assurer la sécurité du résident. Elle mentionne l'équipe qui a procédé à l'évaluation de la situation du résident, le recueil du consentement du résident, la liste des mesures individuelles prises. Elle ne précise pas la durée minimale de telles mesures. Si elle stipule que « L'établissement s'engage à procéder à une évaluation continue de l'adaptation des mesures individuelles prévues dans la présente annexe », elle ne précise le délai minimal de révision (au moins une fois par mois).	Ecart n°31 : La procédure de mise en place de la mesure de contention ne rappelle pas la nécessité du recueil du consentement du résident, la signature d'un avenant, l'information de la personne de confiance, ni le délai de révision de cette décision, ce qui contrevient aux articles R.311-0-7, R311-0-8 R311-0-9 du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Une procédure intitulée « pose d'une contention dans une situation d'urgence en date du 12 avril 2022 a été transmise à la mission de contrôle. Cette procédure définit la contention et pose qu'en cas d'urgence, l'IDE peut mettre en place une contention. En ce cas, le MEDEC ou le médecin traitant doit valider ou invalider la contention sous 72 heures. Si elle est validée, une prescription doit être enregistrée dans le logiciel. Cette procédure appelle deux remarques : - Elle dispose que si la contention est demandée par le résident, elle n'est pas assimilée à une contention physique et qu'en ce cas le recueil de cette information n'est pas nécessairement formalisée dans le projet individualisé. - Elle ne pose pas la nécessité, même dans une situation d'urgence, de s'efforcer de recueillir le consentement du résident. - Elle ne rappelle pas la nécessité de signer un avenant au contrat de séjour. - Elle ne rappelle pas l'obligation de prévenir sans délai la personne de confiance.	

Soins

N°IGAS	Observations ou commentaires	N°IGAS
3.8.2.9	Convention avec une officine : Une convention de partenariat entre l'EHPAD et une officine a été transmise. Elle est signée par le directeur de l'EHPAD, mais pas par le pharmacien de l'officine. Elle n'est pas datée. L'établissement transmet à la pharmacie via un canal sécurisé (logiciel de soins) les ordonnances ou tout document comprenant des données médicales. Les deux parties se réunissent deux fois par an afin de résoudre les incidents potentiels et les difficultés survenues. L'établissement transmet les instructions, informations et alertes qui ne comportent pas de données médicales nominatives par mail. La pharmacie mène un audit annuel sur le circuit du médicament.	Remarque 18 : La convention avec une officine transmise à la mission de contrôle n'est pas datée ni signée par la pharmacie de l'officine.
3.8.2.22	Le circuit du médicament : Deux documents ont été transmis à la mission : une procédure socle du circuit du médicament, datée du 12 avril 2022, et un protocole d'aide à la prise de médicaments, daté du 9 décembre 2022.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	N°IGAS
	La procédure socle est un document de l'association qui n'a pas été adapté à l'établissement. Elle liste l'ensemble des professionnels concernés : médecin prescripteur, MEDEC, pharmacien, IDEC, préparateur en pharmacie, infirmiers et aide-soignants. Il considère de la même façon aide-soignant et AMP. Concernant la délégation de l'administration des médicaments par l'IDE, la procédure socle du circuit du médicament de l'EHPAD mentionne que l'administration des médicaments impliquant un acte technique est de la compétence exclusive de l'IDE. Sous la responsabilité et par délégation de l'IDE, l'AS collabore à l'administration des médicaments des résidents. Cette collaboration est possible si la prise du médicament relève d'un acte de la vie courante et qu'elle est ainsi désignée par le médecin prescripteur, ce qui est conforme à l'article L.313-26 du CASF. Le protocole d'aide à la prise de médicaments mentionne que l'aide à la prise de médicaments peut être assurée par toute personne ce qui implique les aides-soignants, les auxiliaires de vie sociale et les AMP lorsque le mode de prise ne présente ni difficultés d'administration ni d'apprentissage particulier. Le protocole mentionne que la prise de médicaments doit être faite sous la responsabilité de l'IDE qui encadre les AS, AVS et AMP dans la réalisation de l'acte. La mission de contrôle attire l'attention de la direction de l'EHPAD que les aides-soignantes, les AES (ex AMP) et les auxiliaires de vie ne peuvent exercer les mêmes actes auprès des résidents, conformément aux référentiels des métiers (arrêté du 10 juin 2021 relatif au diplôme d'aide-soignant, arrêté du 30 août 2021 relatif au métier d'AES).	
3.8.2.24	Lutte contre la douleur : Un protocole de « dépistage, évaluation et suivi de la douleur » a été transmis : il est daté du 2 août 2016. Le protocole ne traite pas du dépistage systématique de la douleur. L'évaluation de la douleur n'est pas réalisée tous les ans pour chaque résident de l'établissement.	Ecart n°32 : Le protocole de lutte contre la douleur ne pose pas le principe d'une évaluation annuelle de la douleur pour tous les résidents, ce qui contrevient aux articles L1110-5 et R4311-2 5e du CSP.
3.8.2.25	Les soins palliatifs : Le protocole relatif aux soins palliatifs transmis par l'établissement est daté du 20 juillet 2022. Il décrit les actes à accomplir lorsque la personne est en fin de vie. A ce protocole sont jointes : - Une « fiche urgence pallia » qui est à adresser aux médecins urgentiste en cas de besoin. - Une fiche pratique « soins palliatifs et gériatrie ». - Une fiche concernant les rituels de fin de vie déclinés selon les principales religions et/ou cultures. - Les modèles de directives anticipées du ministère de la santé et de la prévention. L'établissement n'a transmis aucune convention avec un réseau de soin palliatifs. Le RAMA 2022 évoque l'intervention de l'EMS Réseau Paris Ouest pour 4 résidents. Le RAMA mentionne l'existence d'un référent « soins palliatifs » sans préciser sa fonction au sein de l'établissement.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	N°IGAS
	Le plan de développement des compétences 2021 a permis l'inscription en formation de 10 aides-soignants, 2 AVS et 1 IDE sur l'accompagnement à la fin de vie. En 2022, 15 aides-soignants, 2 ASH, 1 AVS et 1 IDE ont été inscrits à une formation portant sur le traumatisme face à la fin de vie.	
	Suivi de l'état nutritionnel des résidents :	
	Les heures de repas sont précisées dans le règlement de fonctionnement : petit-déjeuner à 8h, déjeuner à 12h en salle de restaurant, goûter à 16h, dîner à 18h en salle de restauration ou en chambre. Une collation nocturne est proposée sur demande.	Ecart n°33 : Aucun document permettant de s'assurer du suivi mensuel des pesées n'a été transmis à la mission ce qui contrevient à l'article L311-3 3° du CASF.
3.4.3.9	Le livret d'accueil précise que le déjeuner et le dîner peuvent se prendre en salle de restaurant ou en chambre, le choix étant laissé au résident. Le projet d'établissement relevait qu'en 2012 plus de 50% des résidents dinaient en chambre. Une commission « Menu » se réunit chaque trimestre. En l'absence de documents complétés, la mission ne peut s'assurer qu'il existe un suivi mensuel des pesées et que l'état nutritionnel des résidents est satisfaisant.	Remarque 19 : La mission de contrôle s'interroge, compte-tenu des effectifs présents, sur la capacité des soignants à assurer la vigilance nécessaire au moment des repas au regard du taux important des résidents qui prennent leur repas en chambre.

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
4.2.1.2	Les interventions des personnels libéraux : L'EHPAD a transmis un document indiquant que 3 kinésithérapeutes libéraux interviennent auprès des résidents. Ce document précise qu'au regard de leur statut libéral, ils interviennent selon le planning de rendez-vous qu'ils fixent avec le résident. La direction n'a pas transmis leurs jours de présence ni le nombre de patients pris en charge arguant de leur statut libéral. La mission ne peut s'assurer que la présence des kinésithérapeutes est régulière au regard des éléments fournis.	Ecart n°34 : Le document transmis par l'établissement concernant l'intervention des kinésithérapeutes au sein de l'EHPAD ne comporte pas le planning des interventions, ce qui contrevient aux articles L314-12 et R.313-30-1 du CASF.

Risques environnementaux

	Observations ou commentaires	Constat E/R
AMIANTE	L'établissement a transmis son DTA daté du 06/06/2014. Il est incomplet car il manque les 10 dernières pages et ne contient donc pas la fiche récapitulative comme demandé.	Remarque 20 : Le DTA n'a pas été transmis dans son intégralité.
DASRI	L'établissement a transmis une convention de collecte datée de 2005 établie avec le collecteur SITA. Elle fait référence à un traitement des DASRI par incinération et une fréquence de passage mensuelle. Seuls les feuillets N°1 des bordereaux de suivi des DASRI ont été transmis. Ils attestent uniquement de la prise en charge des DASRI par le collecteur. Par ailleurs, ils ne sont pas signés par l'établissement (le producteur) et il manque ceux de mars et de mai 2023. Le type de traitement préconisé est obsolète au vu de l'adresse de traitement.	Ecart n°35 : La convention de collecte ne correspond pas aux bordereaux de suivi des DASRI transmis (changement de collecteur et de traitement). Ecart n°36 : Les bordereaux de suivi des DASRI (feuillelet N°4) attestant de l'élimination des DASRI par l'installation destinataire n'ont pas été transmis.
LEGIONELLES	Seuls les courriels à destination de l'établissement relatifs aux analyses de 2021 et 2022 ont été transmis. Aucun rapport d'analyse n'a été fourni.	Ecart n°37 : L'établissement n'a pas fourni les rapports d'analyses légionelles des années N et N-1.

Récapitulatif des écarts et des remarques

N°	Référence	Ecart
E1	1.2.1.4 Management et stratégie	Le règlement de fonctionnement ne comporte pas de précision sur la gestion de l'argent de poche des résidents conformément à l'article R.311-35 du CASF
E2	1.2.1.4 Management et stratégie	Le règlement de fonctionnement ne comporte pas de précision sur la gestion de l'argent de poche des résidents conformément à l'article R.311-35 du CASF
E3	1.2.1.4 Management et stratégie	La composition du CVS n'est pas en conformité au regard du décret n°2022-731 du 27 avril 2022
E4	1.2.1.4 Management et stratégie	Le projet d'établissement est caduc depuis 5 ans, ce qui contrevient à l'article L.311-8 du CASF.
E5	1.2.1.5 Management et stratégie	Le plan bleu n'est pas suffisamment détaillé sur la gestion des crises, en particulier sur l'évacuation de l'établissement et les défaillances énergétiques, et le plan de continuité de l'activité, ce qui contrevient à l'instruction interministérielle n° DGS/VSS/2/DGCS/ SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.
E6	1.2.2.10 Management et stratégie	L'établissement n'a pas fourni le document unique de délégation concernant le directeur de l'EHPAD « La Source d'Auteuil », dûment signé des deux parties (délégataire et délégué), ce qui contrevient à l'article D.312-176-5 CASF
E7	1.2.2.12 Management et stratégie	La fiche de poste du MEDEC n'est pas conforme à l'article D.312-158 du CASF
E8	1.2.2.12 Management et stratégie	Les documents transmis ne permettent pas d'attester que le MEDEC travaille pour  ETP au sein de l'EHPAD
E9	1.3.3.1 Animation et fonctionnement des instances de participation des familles	La Source d'Auteuil, ce qui contrevient à l'article D.312-156 du CASF.
E10	1.3.3.1 Animation et fonctionnement des instances de participation des familles	Le règlement intérieur du CVS n'est pas conforme à l'article D.311-15 du CASF.
E11	1.4.1.7 Gestion de la qualité	Le CVS ne s'est tenu que 2 fois en 2022, ce qui contrevient à l'article D.311-16 du CASF
E12	1.4.1.7 Gestion de la qualité	L'établissement n'a pas de plan d'amélioration de la qualité spécifique, nourri des enquêtes de satisfaction et de l'analyse des plaintes, réclamations et EI survenus dans l'établissement, avec un échéancier des points à améliorer, ce qui contrevient à l'article L.312-8 du CASF
E13	1.4.3.1 Gestion de la qualité	La mission relève que plusieurs documents structurant l'organisation du travail émanent du siège de l'association sans avoir été adaptés à l'établissement, ce qui ne permet pas d'attester que les outils mis à disposition de l'établissement sont élaborés avec le personnel, les familles et/ou le résident, et permettent une prise en charge individualisée du résident, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
E14	1.4.3.2 Gestion de la qualité	L'établissement n'a pas formalisé de politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance, ce qui contrevient à l'article L.311-8 du CASF.
E15	1.5.1.1 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Aucune procédure n'a été définie sur le traitement des situations de violence sur autrui, y compris sexuelles, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
E16	1.5.1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Une plainte aurait dû être qualifiée d'EIG et n'a donné lieu ni à une réponse ni à une analyse des causes ni à un retour d'expérience, ce qui contrevient aux articles L.331-8-1 et L.311-3 du CASF.
E17	2.1.1.1 Gestion des ressources humaines	Les EIG ne sont pas systématiquement déclarés à l'ARS et à la Ville de Paris, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 et R331-8 du CASF.
		Le nombre d'ETP d'IDE est insuffisant, ce qui ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement des résidents de qualité ce qui contrevient à l'article L311-3 3° du CASF.

E18	2.1.1.1 Gestion des ressources humaines	L'établissement affecte ETP à la prise en charge soins des résidents alors que ces agents n'ont pas la qualification d'AS ou d'AES. Ces personnels sont non qualifiés, puisqu'ils ne disposent pas de diplômes d'Etat exigés par l'article D.312-155-0, II du CASF. En affectant du personnel non qualifié aux soins des résidents, l'établissement n'est pas en mesure de répondre à son obligation de leur assurer un accompagnement de qualité, ce qui contrevient à l'article L.311-3 3° du CASF. La mission relève la mention de trois métiers affectés à l'équipe de soins et ne correspondant à aucune qualification précise et répertoriée (accompagnant Vie et Santé, agents de soins et garde-malade), ce qui contrevient à l'article L.312-3 3° et D.312-155-0, II du CASF. L'établissement recourt de manière importante aux CDD de courte durée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 3° du CASF.
E19	2.1.1.1.1 Gestion des ressources humaines	
E20	2.1.1.6 Gestion des ressources humaines	
E21	2.1.2.1 Gestion des ressources humaines	Le nombre de formations aux gestes d'urgence sur 3 ans ne permet pas de garantir le renouvellement des AFGSU de tous les personnels, ce qui ne permet pas de garantir suffisamment la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
E22	2.1.4.5 Gestion des ressources humaines	Les effectifs réellement présents au mois de juin (IDE, AVS, AS) ne permettent pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement des résidents de qualité ce qui contrevient à l'article L.311-3 3° du CASF.
E23	2.1.4.2 Gestion des ressources humaines	Les fiches de tâches heurées ne différencient pas les métiers d'AS et d'AVS, ce qui ne permet pas de garantir que chaque salarié accomplit des tâches correspondant à sa qualification ce qui peut conduire à un glissement de tâches qui engage la sécurité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient aux articles L.311-3 et D.451-88 et 89 du CASF, ainsi qu'à l'article R4311-4 du CSP.
E24	2.1.4.2 Gestion des ressources humaines	Ecart n°24 : La procédure de remplacement en cas d'absence inopinée ouvre vers un glissement de tâches entre les AS et les AVS, ce qui contrevient aux articles L.311-3 et D.451-88 et 89 du CASF, ainsi qu'à l'article R4311-4 du CSP
E25	2.1.4.10 Gestion des ressources humaines	En l'absence de documents transmis concernant l'équipe de nuit, la mission ne peut s'assurer des qualifications et formations du personnel intervenant la nuit ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF
E26	3.2.1.2 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	L'absence d'évaluation multidimensionnelle systématique à l'entrée des résidents comportant au minimum des évaluations de la douleur, du risque d'escarres, de la sarcopénie, du risque de chutes, du risque suicidaire, des fonctions cognitives et le dépistage des troubles de la déglutition et des troubles de l'humeur et du comportement, contrevient aux articles D.312-158-3 2° du et L.311-3 3° du CASF.
E27	3.1.3.3 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La procédure « projet d'accompagnement personnalisé » ne précise ni le délai d'élaboration du PAP à l'entrée du résident ni le délai de révision de chaque PAP, ni la procédure de renouvellement a minima annuelle, ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge individualisée de qualité, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
E28	3.1.3.3 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	L'absence de référent soignant chargé de l'élaboration et du suivi du projet personnalisé avec le résident ne garantit pas la participation active du résident à l'élaboration du projet et une réelle participation de l'équipe soignante, ce qui contrevient à l'article D.312-155-0 du CASF.
E29	3.1.4.4 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La commission de coordination gériatrique ne se réunit pas une fois par an, ce qui contrevient à l'article D.312-158 3 du CASF.
E30	3.1.4.4 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La composition de la commission de coordination gériatrique n'est pas conforme à l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission gériatrique mentionnée au 3e de l'article D.312-158 du CASF.

E31	3.2.3.1	Respect des droits des personnes accompagnées	La procédure de mise en place de la mesure de contention ne rappelle pas la nécessité du recueil du consentement du résident, la signature d'un avenant, l'information de la personne de confiance, ni le délai de révision de cette décision, ce qui contrevient aux articles R.311-0-7, R311-0-8 R311-0-9 du CASF
E32	3.8.2.24	Soins	Le protocole de lutte contre la douleur ne pose pas le principe d'une évaluation annuelle de la douleur pour tous les résidents, ce qui contrevient aux articles L110-5 et R4311-2 5e du CSP.
E33	3.4.3.9	Soins	Ecart 30 : Aucun document permettant de s'assurer du suivi mensuel des pesées n'a été transmis à la mission ce qui contrevient à l'article L311-3 3° du CASF.
E34	4.2.1.2	Coordination avec les autres secteurs Soins	Le document transmis par l'établissement concernant l'intervention des kinésithérapeutes au sein de l'EHPAD ne comporte pas le planning des interventions, ce qui contrevient aux articles L314-12 et R313-30-1 du CASF
E35	Les DASRI		La convention de collecte ne correspond pas aux bordereaux de suivi des DASRI transmis (changement de collecteur et de traitement) ce qui contrevient à l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques.
E36	Les DASRI		Les bordereaux de suivi des DASRI (feuille N°4) attestant de l'élimination des DASRI par l'installation destinataire n'ont pas été transmis ce qui contrevient à l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques.
E37	Légionelles		L'établissement n'a pas fourni les rapports d'analyses légionelles des années N et N-1 ce qui contrevient à l'arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Cf Annexe 2).

N°	Référence	Remarques
R1	1.2.1.2	Management et stratégie
R2	1.2.2.12	Management et stratégie
R3	1.3.3.1	Animation et fonctionnement du CVS
R4	1.3.3.2	Animation et fonctionnement du CVS
R5	1.5.1.1	Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables
R6	1.5.1.1	Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables
R7	1.5.1.5	Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables
R8	1.5.1.6	Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables
R9	2.1.2.1	Gestion des ressources humaines
R10	2.1.2.1	Gestion des ressources humaines
R11	2.1.2.1	Gestion des ressources humaines
R12	2.1.4.2	Gestion des ressources humaines
		Le règlement de fonctionnement n'est pas précis sur les mesures à prendre en cas de violence sur autrui.
		La responsable de soins ne dispose pas d'une fiche de poste formalisée.
		La présentation du règlement intérieur à la séance du CVS du 3 février 2023 est incomplète.
		Aucune mesure corrective ou préventive n'est présentée au CVS, alors que les EIG 2022 sont présentés
		La mission de contrôle ne peut garantir que des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des proches des résidents sont menées tous les ans.
		Les plaintes ne donnent pas lieu à des réponses systématiques.
		Au vu du faible nombre d'EI enregistrés par an et de l'absence de retour d'expérience, la culture de l'EI ne paraît pas suffisamment répandue au sein de l'établissement
		Aucun retour d'expérience n'a été transmis à la mission de contrôle.
		Aucune formation qualifiante n'est prévue pour l'année 2023.
		Aucune formation concernant la prévention de la maltraitance n'a été prévue sur les 3 dernières années.
		Aucun groupe d'analyse de pratiques professionnelles animé par un intervenant extérieur n'a été mis en place.
		Le temps de transmission orale entre infirmiers et équipe de nuit n'est pas garanti par les fiches de tâches.

R13	3.1.1.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La mission ne peut garantir que le MEDEC est toujours partie prenante de la décision d'admission et que le rétablissement s'assure du consentement du futur résident
R14	3.1.1.0 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Le rôle des bénévoles n'est pas défini ni encadré.
R15	3.2.2.2 Respect du droit des personnes accompagnées	L'entretien d'admission est ouvert à la participation de la famille ou de proches, en plus du représentant légal ou de la personne de confiance ce qui ne garantit pas le recueil du consentement libre et éclairé du résident.
R16	3.2.2.2 Respect du droit des personnes accompagnées	Le contrat de séjour ne précise pas le numéro de chambre du résident.
R17	3.8.2.9 Soins	La convention avec une officine transmise à la mission de contrôle n'est pas datée ni signée par le pharmacie de l'officine.
R18	3.4.3.9 Soins	La mission de contrôle s'interroge, compte-tenu des effectifs présents, sur la capacité des soignants à assurer la vigilance nécessaire au moment des repas au regard du taux important des résidents qui prennent leur repas en chambre.
R19	Amiante	Le DTA n'a pas été transmis dans son intégralité.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD « La Source d'Auteuil » géré par l'association « Chemins d'Espérance » a été réalisé le 17 juillet 2023 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

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

- Gouvernance
 - o Des astreintes organisées.
 - o Un guide Qualité mis en place par l'association.
- Ressources humaines
 - o Un parcours d'intégration du nouveau salarié formalisé.
- Respect des droits des personnes
 - o Un livret d'accueil du résident élaboré dans le respect des droits des personnes.
 - o Des équipes formées à l'accompagnement de la fin de vie.

Elle a également relevé les dysfonctionnements suivants :

- ✓ Un manque de différenciation des différents métiers d'AS, AES, AVS notamment.
- ✓ Un projet d'établissement caduc depuis plus de 5 ans.
- ✓ Un plan bleu qui ne détaille pas l'évacuation de l'établissement, les défaillances énergétiques et le plan de continuité de l'activité.
- ✓ Une absence de document unique de délégation concernant le directeur de l'EHPAD « La Source d'Auteuil », dûment signé des deux parties (délégataire et délégué).
- ✓ Une absence de certification d'infirmière coordonnatrice pour la responsable des soins.
- ✓ Un manque de cohérence entre les documents transmis concernant le temps de travail du MEDEC.
- ✓ Un CVS insuffisamment réuni en 2022.
- ✓ Une absence de plan d'amélioration de la qualité spécifique à l'établissement.
- ✓ De nombreux documents structurant l'organisation du travail émanant du siège de l'association sans avoir été adaptés à l'établissement.
- ✓ Une absence de formalisation de politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.
- ✓ Une absence de procédure sur le traitement des situations de violence sur autrui, y compris sexuelles.
- ✓ Un défaut de qualification d'EIG
- ✓ Une absence de déclaration systématique des EIG à l'ARS et à la Ville de Paris.
- ✓ Un nombre d'ETP d'IDE insuffisant.
- ✓ Un recours important aux CDD de courte durée.
- ✓ Une politique de formation insuffisante pour les formations aux gestes d'urgence mais aussi pour la formation qualifiante et les formations portant sur la bientraitance et l'ensemble des thèmes gériatologiques.
- ✓ Des effectifs insuffisants au mois de juin (IDE, AVS, AS)
- ✓ Un temps de transmission orale entre infirmiers et équipe de nuit non garanti.
- ✓ Des évaluations multidimensionnelles comportant au minimum des évaluations de la douleur, du risque d'escarres, de la sarcopénie, du risque de chutes, du risque suicidaire, des fonctions cognitives et le dépistage des troubles de la déglutition et des troubles de l'humeur et du comportement non systématiques.
- ✓ Une procédure « projet d'accompagnement personnalisé » qui ne garantit pas le délai d'élaboration du PAP à l'entrée du résident ni le délai de révision de chaque PAP.
- ✓ Une absence de référent soignant chargé de l'élaboration et du suivi du projet personnalisé.
- ✓ Une commission de coordination gériatrique qui ne se réunit pas une fois par an.
- ✓ Une procédure de mise en place de la mesure de contention qui ne garantit pas assez la liberté et le consentement du résident.
- ✓ Un protocole de lutte contre la douleur qui ne pose pas le principe d'une évaluation annuelle de la douleur pour tous les résidents.
- ✓ Des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des proches des résidents qui ne sont pas annuelles.
- ✓ Des plaintes qui ne donnent pas lieu à des réponses systématiques.
- ✓ Une culture de l'EI encore insuffisamment répandue au sein de l'établissement.
- ✓ Un temps de transmission orale entre infirmiers et équipe de nuit non garanti.
- ✓ Une procédure d'admission qui ne garantit pas le recueil du consentement libre et éclairé du résident.
- ✓ Le rôle des bénévoles ni défini ni encadré.
- ✓ Un contrat de séjour qui ne précise pas le numéro de chambre du résident.
- ✓ Un taux important des résidents qui prennent leur repas en chambre.
- ✓ Une convention DASRI obsolète.

- ✓ L'absence de rapports d'analyses légionelles dans l'eau chaude sanitaire.

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

Saint Denis, le 22 octobre 2024

Monsieur Frédéric MUSSO

Responsable de la mission d'inspection des ESMS parisiens
Sous-direction de l'autonomie / Direction des Solidarités

Ville de Paris



Sylvie DRUGEON

Ingénieure du Génie Sanitaire
Responsable du Pôle Santé Environnement
Délégation Départementale de Paris
ARS Ile-de-France

Sylvie-DRUGEON



Dalhia ELENGA

Inspectrice de l'action sanitaire et sociale,
Délégation Départementale de Paris,
ARS Ile-de-France



Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



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

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

Affaire suivie par : Firiel ABDELJAOUAD

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

Monsieur Nicolas DEMENET, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

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

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

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

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 7 juillet 2023

Mesdames, Monsieur

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

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

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

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

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 00 00
ence.ill@ars.ssa.iledef.fr

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur-pièces de l'EHPAD LA SOURCE D'AUTEUIL (FINESS géographique 750016958) situé au 11 rue de la Source, 75016 Paris, géré par l'association « Chemins d'Espérance », qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

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

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

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

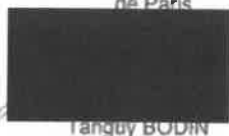
- Monsieur Nicolas DEMENET, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France,
- Madame Diana DINU, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, chargée de mission personnes âgées inspection EHPAD, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France,
- Docteur Anne SIMONDON, conseillère médicale, désignée personne qualifiée conformément à l'article L 1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris,
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, conseillère médicale, désignée personne qualifiée conformément à l'article L 1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris,
- Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure du génie sanitaire responsable du Pôle Santé environnement, Délégation Départementale de Paris,
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation départementale de Paris.

Le contrôle, sur pièces, sera réalisé à compter du **vendredi 7 juillet 2023**. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. La mission pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

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

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

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



Tanguy BODIN

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 modificative

Annexe 3 : Liste des documents demandés

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)	OUI
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	OUI
Q2	3	Règlement de fonctionnement	OUI
Q2	4	Plan des locaux de l'établissement	OUI
Q2	5	Projet d'établissement	OUI
Q2	6	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)	OUI
Q2	7	Organigramme comportant les noms et temps de travail des personnels (Excel si possible)	OUI
Q2	8	Diplôme du directeur de l'EHPAD	OUI
Q2	9	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD	OUI
Q2	10	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	OUI
Q2	11	Procédures et/ou convention d'astreinte	OUI
Q2	12	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois + légende (Excel)	OUI
Q2	13	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	OUI non signé des deux parties
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	OUI
Q2	15	MEDEC : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, le dernier bulletin de salaire	OUI
Q3	16	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS	OUI
Q3	17	Les comptes rendus des CVS N et N-1	OUI
Q4	18	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation	OUI
Q4	19	Dernière évaluation externe	OUI
Q4	20	Dernière évaluation interne	OUI
Q4	21	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2	OUI
Q5	22	Registre des plaintes et réclamations	OUI
Q5	23	Les trois dernières réclamations et leur traitement	OUI
Q5	24	Procédure de gestion des événements indésirables et événements indésirables graves	OUI
Q5	25	Liste des EI et EIG des années N-1 et N	OUI
Q5	26	Liste des signalements au Procureur de la République des années N-1 et N	OUI
Q5	27	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les trois derniers EIG	NON
Q6	28	Registre du personnel N-1 & N-2 comportant les indications sur les ETP (Excel)	OUI
Q6	29	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir + ETP (Excel)	OUI
Q6	30	Plan de développement des compétences (formation internes et externes) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1 (Excel si possible)	OUI
Q6	31	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)	OUI
Q6	32	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit + Légende (Excel)	OUI
Q6	33	Une fiche de tâches heurées, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AES (ou AMP), ASG, IDE	OUI
Q6	34	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	OUI
Q7	35	Procédure d'admission des résidents	OUI
Q7	36	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)	OUI
Q7	37	Les 2 derniers CR de la commission de coordination gériatrique	2021

Q7	38	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	OUI
Q7	39	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (Excel disponible sur Collecte Pro)	OUI
Q7	40	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)	OUI
Q8	41	Livret d'accueil du résident	OUI
Q8	42	Contrat de séjour type et ses annexes	OUI
Q8	43	Procédure relative aux contentions	OUI
Q8	44	RAMA	OUI
Q9	45	Convention pharmacie EHPAD (sauf PUI) et procédure du circuit du médicament	OUI
Q9	46	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	OUI
Q9	47	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	OUI
Q9	48	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	OUI
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	OUI
Q10	50	La fiche récapitulative (FR) du dossier technique amiante (DTA)	Partiellement
Q10	51	La convention de collecte avec prestataire des DASRI	OUI
Q10	52	Les bordereaux de suivi des DASRI (cerfa 11351*04 - feuillet n°1) des 6 derniers mois dans le cadre des conventions de collecte sans regroupement <u>OU</u> les bons de prise en charge accompagnés des bordereaux de suivi des DASRI (cerfa 11352*04 - feuillet n°1) correspondants des 6 derniers mois dans le cadre des conventions de collecte avec regroupement	NON
Q10	53	Les analyses légionnelles réalisées sur le réseau d'eau chaude sanitaire (années N et N-1 ou années N-1 et N-2 si les prélèvements de l'année N se sont pas encore réalisés) ; un plan du réseau pourra être joint	NON
Q11	54	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)	OUI



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



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