

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
« Ma Maison Breteuil »
62 avenue de Breteuil, 75007 Paris
N° FINESS 75 083 122 4**

**RAPPORT DE CONTRÔLE
N° 2023_IDF_00246
Contrôle sur pièces du 17 juillet 2023**

Mission conduite par

- Madame Dalhia ELENGA, coordinatrice de la mission d'inspection, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France
- Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Directions des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de mission Secteur Personnes Âgées, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France, désigné personne qualifiée conformément à l'article 1421-1 du Code de la santé publique,
- Docteur Anne SIMONDON, conseillère médicale, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique,
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique,
- 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

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	6
Contexte de la mission de contrôle.....	6
Modalités de mise en œuvre.....	6
Présentation de l'établissement.....	7
Constats.....	9
Gouvernance	10
Conformité aux conditions de l'autorisation	10
Management et Stratégie.....	11
Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS).....	15
Gestion de la qualité.....	16
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	17
Fonctions support.....	19
Gestion des ressources humaines	19
Prises en charge.....	25
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	25
Respect des droits des personnes	28
Soins.....	30
Coordination avec les autres secteurs.....	33
Risques environnementaux.....	33
Conclusion	39
Glossaire.....	41
Annexes	42
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	42
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	43

Synthèse

Données générales sur l'établissement

Nom	Ma Maison Breteuil	Capacité hébergement permanent	48
Adresse	62 avenue de Breteuil	Places habilités aide sociale	0
Arrondissement	75007	Présence d'une UVP	Non
Gestionnaire	Congrégation Petites Sœurs des Pauvres	Places en UHR	Non
Statut juridique	Congrégation	Places en PASA	Non

Le gestionnaire a signé un CPOM le 3 décembre 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.

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan, dans un calendrier prenant en compte la date prévisionnelle de signature du CPOM, l'EHPAD étant classé dans une catégorie de risque limité ne justifiant pas d'emblée d'un contrôle sur place (inspection).

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Le contrôle a été 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 rendues destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision.

L'analyse a porté sur les constats faits uniquement sur pièces. La quasi-totalité des documents demandés a été transmise par la Direction de l'établissement et dans les délais impartis.

Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et les principaux points forts et remarques ont porté sur les thématiques suivantes :

Points forts de l'établissement relevés par la mission

GOUVERNANCE

1. Conformité aux conditions d'autorisation
 - Un taux d'occupation conforme à la réglementation.
2. Management et Stratégie
 - Un trio de tête : directrice, IDEC, médecin coordonnateur en place dans l'établissement.

FONCTIONS SUPPORT

1. Gestion des ressources humaines
 - Un livret d'accueil complet.

PRISE EN CHARGE

1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.
 - Une commission de coordination gériatrique en place.
2. Respect des droits des personnes
 - Un livret d'accueil complet en matière d'information sur les droits des résidents.
3. Soins
 - Des procédures relatives aux soins et à la prise en charge complètes

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

L'établissement est concerné par 1 écart majeur, 14 écarts et 17 remarques dont les principaux sont :

Écart majeur :

- L'établissement a transmis des fiches de tâches communes aux Auxiliaires de Vie et aux Agents de Service Hôtelier alors que ces personnels n'ont pas les mêmes missions ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF.

Écarts :

-Le CVS n'est pas informé des Evénements Indésirables (EI) et dysfonctionnements, ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.

-La procédure de l'établissement ne précise pas les catégories réglementaires des Evénements Indésirables Graves (situation de maltraitance, suicide et tentative de suicide, ...) et retient comme seul critère de qualification son niveau de criticité, ce qui contrevient aux articles L331-8-1 et R331-8 et -9 du CASF.

-La mission s'interroge sur les raisons pour lesquelles des EI présentés comme des situations de maltraitance et relevant d'un Evénement Indésirable Grave n'ont pas été transmis aux autorités ce qui contrevient aux articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 du CASF.

-Les indicateurs ANAP renseignés par l'établissement souligne une instabilité des effectifs de l'établissement qui peut nuire à la qualité de la prise en charge des résidents ce qui contrevient L311-3, 1° du CASF.

-La mission constate l'absence d'AS/AES les week-ends après-midi au 1er et 2ème étage et certains après-midi de la semaine au 3ème étage ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF.

-Il n'y a pas de personnel soignant pendant plus d'1 heure la nuit (entre 6H15 et 7h45) ce qui contrevient à l'article L311-1 1° du CASF.

-La mission ne peut s'assurer du bon fonctionnement du système d'appel-malade du fait de l'absence de traçabilité actuelle ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF.

-La mission ne peut établir le caractère mensuel des pesées ce qui contrevient à l'article L311-3, 3° du CASF.

Remarques :

-Les textes relatifs à la protection du salarié déclarant des Evénements Indésirables Graves (EIG) ne sont pas mentionnés dans la procédure.

-Le tableau des EI ne présente pas les faits pour chaque dysfonctionnement et ne permet pas d'en faire une analyse.

-Aucune formation sur la qualification et la déclaration des EI/EIG n'est inscrite aux plans de formations.

-La mission s'interroge sur l'organisation des personnels infirmiers le mardi, où il n'y a qu'un IDE, et le vendredi après-midi en lien avec le contrôle des stocks de médicaments livrés.

-La convention de collecte des DASRI n'est pas signée.

-La direction doit s'assurer que l'ensemble des mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) sont réalisées régulièrement.

-La direction doit s'assurer la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.

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

Introduction

Contexte de la mission de contrôle

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

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

Les informations connues par l'ARS et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD « Ma Maison Breteuil », situé au 62 avenue de Breteuil, 75007 Paris, FINESS n°75 083 122 4, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

Aussi, la Directrice générale de l'ARS et la Maire de Paris ont-t-elles diligenté, sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), un contrôle sur pièces visant cet établissement. Ce contrôle a pour objectif de réaliser une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et a porté sur les thématiques suivantes :

GOUVERNANCE

1. Conformité aux conditions d'autorisation
2. Management et Stratégie
3. Animation et fonctionnement des instances
4. Gestion de la qualité
5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines (RH)

PRISE EN CHARGE

7. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
8. Respect des droits des personnes
9. Soins

Ainsi que les risques environnementaux au sein de la structure

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 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 aux outils sécurisés <https://collecte-pro.gouv.fr/> ainsi que <https://bluefiles.com/fr> qui ont été utilisés pour la transmission des documents,
 - o et de dépôt de documents (réponse au questionnaire, éléments probants).

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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 62 avenue de Breteuil, l'EHPAD « Ma Maison Breteuil » est géré par la Congrégation des Petites Sœurs des Pauvres.

L'établissement « Ma Maison Breteuil » a été autorisé par arrêté du Préfet de la Région Île-de-France, Préfet de Paris et du maire de Paris en date du 17 juin 2005. La capacité autorisée fixée était de 48 places d'hébergement permanent, ce qui est toujours le cas au jour du contrôle. Aucune place de l'établissement n'est habilitée à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS du 27 février 2028, le GMP s'élève à [REDACTED] et le PMP [REDACTED] pour la population présente au moment de l'étude. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en dessous de la moyenne des chiffres médians régionaux¹ pour le GMP et pour le PMP.

Les résidents accueillis en 2022 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
Ma Maison Breteuil ²	● %	●● %	●● %	●● %	●● %
IDF ³ 2021	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Le budget accordé pour 2023 s'élève à :

- 820 581,71€ accordés au titre du soin
- 291 339,00 € (forfait dépendance « cible »).

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

² Source : RAMA 2022

³ 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	Ma Maison Breteuil		
Nom de l'organisme gestionnaire	Congrégation Petites Sœurs des Pauvres		
Numéro FINESS géographique	750831224		
Numéro FINESS juridique	750039612		
Statut juridique	Congrégation (privé à but non lucratif)		
Option tarifaire	Tarif partiel		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ⁴	48	48
	HT ⁵	0	
	UVP ⁶	0	
	PASA ⁷	0	
	UHR ⁸	0	
	UPHV ⁹	0	
	AJ ¹⁰	0	
	AN ¹¹	0	
	PFR ¹²	0	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0		

⁴ Hébergement permanent⁵ Hébergement temporaire⁶ Unité de vie protégé / unité protégé⁷ Pôle d'activité et de soins adaptés⁸ Unité d'hébergement renforcée⁹ Unité pour personnes âgées vieillissantes¹⁰ Accueil de jour¹¹ Accueil de nuit¹² Plateformes d'accompagnement et de répit

Constats

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

Ecart : noté « E » : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire ;

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

Gouvernance
Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R																		
Conformité aux conditions d'autorisation																				
1.1.1.2	L'EHPAD accueille le jour du contrôle 47 résidents en hébergement permanent. Le taux d'occupation le jour du contrôle est de 97,92 %, ce qui est conforme aux objectifs du CPOM (95 %). 3 résidents sont sous tutelle et 9 sous curatelle renforcée. L'EHPAD ne dispose pas de PASA ni d'UHR.																			
1.1.3.1	Répartition des résidents en fonction du GIR La répartition des résidents par GIR le jour du contrôle est la suivante : <table><tr><td>— GIR 1 :</td><td>●●</td><td>%</td></tr><tr><td>— GIR 2 :</td><td>●●</td><td>%</td></tr><tr><td>— GIR 3 :</td><td>●●</td><td>%</td></tr><tr><td>— GIR 4 :</td><td>●●</td><td>%</td></tr><tr><td>— GIR 5 :</td><td>●●</td><td>%</td></tr><tr><td>— GIR 6 :</td><td>●●</td><td>%</td></tr></table> La proportion de résidents classés GIR 1 à 2 (+ de 10 % de la capacité) et de ceux classés GIR 1 à 3 (+ de 15 %) est conforme à la réglementation.	— GIR 1 :	●●	%	— GIR 2 :	●●	%	— GIR 3 :	●●	%	— GIR 4 :	●●	%	— GIR 5 :	●●	%	— GIR 6 :	●●	%	
— GIR 1 :	●●	%																		
— GIR 2 :	●●	%																		
— GIR 3 :	●●	%																		
— GIR 4 :	●●	%																		
— GIR 5 :	●●	%																		
— GIR 6 :	●●	%																		

Commentaire complémentaire

Management et Stratégie

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement La direction a transmis le règlement de fonctionnement mis à jour en juin 2023. Le préambule mentionne qu'il « est mis à disposition de tous à l'accueil et est porté à la connaissance de toute personne intervenant dans l'établissement : membres du personnel, bénévoles, professionnels libéraux, visiteurs, prestataires ... ». Il est indiqué qu'il a été adopté par le Conseil Local de « Ma Maison » après consultation des instances représentatives du personnel et du Conseil de la Vie Sociale.	
1.2.1.2	Le contenu du règlement de fonctionnement Le document présente l'ensemble des éléments attendus (Modalités concrètes d'exercices des droits du résident, organisation et affectation des locaux à usage privé et collectif ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation, mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens, mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles, règles essentielles de la vie collective, mesures prises en cas de manquement aux obligations).	
1.2.1.4	Le projet d'établissement La direction a transmis le projet d'établissement couvrant la période 2017-2021. Celui-ci n'est donc plus à jour. A également été transmise une « synthèse du projet d'établissement – Prolongation 2022-2024 ».	Ecart 1 : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement à jour, ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF.
1.2.1.5	Le contenu du projet d'établissement La mission constate que le projet d'établissement transmis (2017-2021) s'apparente plus à un projet institutionnel qu'à un projet d'établissement. En effet, ce projet n'est pas suffisamment personnalisé à l'EHPAD « Ma Maison Breteuil » et reste sur de nombreux points très général.	
1.2.1.6	Le plan bleu La direction a transmis un plan bleu en date de juin 2023. Celui-ci est signé par la directrice, l'IDEC et le MEDEC. Si la fiche synthétique est complète et les éléments concernant la composition et rôle de la cellule de crise précis, le document transmis ne porte pas sur l'ensemble des risques auxquels l'établissement peut être confronté (canicule, cyberattaque, risque biologique...) et les modalités de réponse à ceux-ci.	Ecart 2 : Le plan bleu transmis ne permet pas de répondre à l'ensemble des risques auxquels l'établissement peut être confrontés ce qui contrevient à l'article D312-160 du CASF et l'INSTRUCTION INTERMINISTÉ-RIELLE N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Directeur de l'établissement et organigramme de la structure	
	Une directrice est présente dans l'établissement à hauteur d'1 ETP.	
	Un organigramme a été transmis à la mission : la direction est composée de la Mère Supérieure (directrice) et de son conseil. Ce conseil comprend : — La Directrice, — La Directrice adjointe (Sœur assistante), — La Sœur Conseillère.	
	La fonction de cette dernière n'est pas précisée.	
1.2.2.1	L'organisation de l'EHPAD s'articule autour de 4 pôles : — Pôle administratif (Assistant comptable/résidents, chargé de ressources humaines, hôtesse d'accueil), — Pôle de vie sociale/Animation (1 animatrice), — Pôle de soins (MEDEC, IDEC, IDE, Psychologue, Psychomotricien, AS, auxiliaires de vie), — Pôle hôtelier (Responsable technique, blanchisserie, agents de service), — Pôle restauration (chef cuisinier, cuisinier, agents de restauration et d'entretien des locaux). La direction est par ailleurs assistée de 3 Petites Sœurs responsables de services (1 AS responsable de l'accueil et de la buanderie, 1 AMP responsable du 3^{ème} étage et de la salle à manger et 1 AMP responsable du 1^{er} et 2^{ème} étage). L'organigramme indique des liens hiérarchiques et fonctionnels entre les différents salariés. Le schéma présenté dans l'organigramme suggère une autorité hiérarchique des responsables de services (AS/AMP) sur le personnel du pôle soins (IDEC, MEDEC...) et des liens fonctionnels entre l'IDEC et les IDE. Aucun lien hiérarchique ou fonctionnel ne relie la direction au pôle administratif ou au pôle vie sociale/animation.	Remarque 1 : La mission constate que l'organigramme ne reflète pas l'organisation réelle de l'EHPAD en termes de lien hiérarchique et fonctionnel).
1.2.2.6	Fiche de poste/Lettre de mission du directeur La directrice dispose d'une fiche de poste. Celle-ci est datée de janvier 2023. Elle précise ses 4 principales fonctions : — Définition et conduite du projet d'établissement, — Collaboration à la mise en œuvre de la politique des RH, — Collaboration à la gestion administrative, budgétaire et financière, — Coordination avec les institutions et partenaires extérieurs. Il a été indiqué qu'en tant que personnel congréganiste professionnel non rémunéré, elle ne dispose pas de contrat de travail.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.2.7	Diplômes du directeur La directrice a transmis son diplôme d'infirmier lui permettant d'exercer ses fonctions en raison du nombre de salariés dans la structure et de son expérience professionnelle.	
1.2.2.8	Astreintes administratives Il a été indiqué à la mission que les 3 Petites Sœurs qui composent le Conseil de l'Etablissement vivent à demeure, dans la structure, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. Au minimum 1 des 3 membres du Conseil est toujours sur place, chacun étant diplômé soignant. Les membres du Conseil peuvent être appelés à tout moment, de jour comme de nuit, si la situation le justifie.	
1.2.2.10	Délégation de pouvoirs Un document unique de délégation a été transmis. La directrice de la structure dispose d'une délégation de pouvoir de la part de la Supérieure générale des Petites Sœurs des Pauvres (PSDP) en matière de : - Mise en œuvre et la conduite du projet congréganiste, - Mise en œuvre du manuel de gouvernance institutionnelle de « Ma Maison » portant sur les fonctions de propriétaire, de gestionnaire et d'employeur, - L'administration, la gestion et l'animation des ressources humaines et du projet social au regard de la réglementation en vigueur en l'espèce, ainsi que la prévention des risques professionnels et psychosociaux au travail, - La responsabilité de la gestion budgétaire, financière et comptable, - La mise en place et la gestion de la démarche qualité et du management des pratiques professionnelles, - La représentation auprès des diverses instances civiles et judiciaires.	
1.2.2.12	Présence et qualifications de l'IDEC L'IDEC est présente à 0,88 ETP. Elle occupe le poste d'IDEC depuis novembre 2022, d'abord en CDD dans le cadre d'un remplacement de congés de maternité de l'IDEC alors en poste, puis en CDI depuis mars 2023. Elle occupait auparavant un poste d'IDE dans la structure depuis mars 2021. Ses diplômes d'IDE et d'IDEC ont été fournis ainsi que son inscription ordinaire pour l'année 2023.	

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<u>Présence et temps de travail du médecin-coordonnateur</u>	
1.2.2.14	La direction a transmis le contrat du médecin coordonnateur en date du 05 octobre 2005. Il fixe son temps de présence à 0,20 ETP. Le bulletin de salaire de juin 2023 a été transmis. Il indique un temps de travail de 60,67 heures mensuelles soit 0,4 ETP. Celui-ci est conforme à la réglementation. Il n'a pas été transmis d'avenant au contrat de travail indiquant ce passage de 0,20 ETP à 0,40 ETP.	Ecart 3 : Le contrat de travail transmis ne permet pas à la mission de s'assurer que le temps de présence du médecin coordonnateur est conforme à la réglementation (0,40 ETP) ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.
1.2.2.15	<u>Qualifications du médecin-coordonnateur</u> La capacité de médecine en gériologie du médecin coordonnateur a été transmise. Une attestation de son inscription au conseil national de l'ordre des médecins a également été transmise.	

Commentaire complémentaire

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Conseil de la Vie Sociale Un CVS est en place. Il est commun à l'EHPAD et la résidence autonomie. Il est composé d'après le règlement de fonctionnement du CVS en date de juin 2021 transmis de : – 4 représentants des résidents de l'EHPAD, – 2 représentants des résidents de la résidence autonomie, – 2 représentants des familles, – 2 représentants des salariés, – 2 représentants de personnels congréganiste.	
1.3.3.1	La direction a également transmis le futur règlement de fonctionnement du CVS de l'EHPAD qui sera mis en place en 2024 à la suite de l'élection de nouveaux membres. L'établissement devra à cette occasion s'assurer de sa conformité avec la nouvelle réglementation en matière de composition du CVS. Le CVS s'est réuni 3 fois en 2022 (février, juin et septembre) et 2 fois en 2023 (février et juin). Les comptes - rendus de ces réunions ont été transmis.	
1.3.3.2	Présentation des EI et dysfonctionnement en CVS Les comptes rendus de CVS transmis ne font pas état d'une présentation des EI et dysfonctionnements aux membres du CVS.	Ecart 4 : Le CVS n'est pas informé des EI et dysfonctionnements, ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.

Commentaire complémentaire

Gestion de la qualité

N°GAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Plan d'amélioration continue de la qualité	
1.4.1.7	Le plan d'amélioration continue de la qualité de l'établissement a été transmis. Les actions présentées dans ce PACQ (taux d'occupation, formation du personnel au repérage de la douleur, renforcer la coordination avec les partenaires extérieurs...) répondent principalement aux objectifs fixés dans le CPOM (2019-2023). Certaines rejoignent les conclusions de l'évaluation externe (formation bientraitance et prévention de la maltraitance).	
	Évaluations interne et externe	
1.4.2.1	L'établissement a procédé à une évaluation externe fin 2014. Celle-ci a été transmise aux autorités de contrôle. Une évaluation interne a été réalisée fin 2013. Celle-ci a également été transmise aux autorités de contrôle.	Remarque 2 : L'établissement n'a pas procédé à une évaluation interne depuis 2013 et une évaluation externe depuis 2014.
1.4.3.1	Politique de bientraitance/lutte contre la maltraitance En 2023, une formation bientraitance a concerné 37 personnes dont 9 AS, 13 ASH, 2 IDE, l'IDEC, le psychologue et la psychomotricienne. La politique de promotion de la bientraitance est mentionnée dans le livret d'accueil. Le numéro national de signalement de maltraitance (39 77) est également indiqué dans le livret d'accueil.	
1.4.3.2	Procédure en cas de violence/harcèlement sexuel La procédure des EI/EIG indique que toute situation pouvant porter atteinte à la sécurité des personnes doit être signalée et analysée.	Remarque 3 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure dédiée aux cas de violence et harcèlement sexuel.
1.4.3.3	Procédure de signalement en cas d'agression (Cf. supra). La direction indique également qu'aucun signalement de situations préoccupantes au Procureur de la République sur les années N-1 et N n'a été effectué « les mesures de protection juridique étant majoritairement demandées par les familles, avec [son] accompagnement ». La mission informe le gestionnaire sur le fait que les signalements au Procureur auxquels elle fait référence concernent les actes de maltraitance et non les mesures de protection juridique.	Remarque 4 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure dédiée aux cas d'agression.

Commentaire complémentaire

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Enregistrement, traitement et suivi des plaintes/enquêtes de satisfaction	
1.5.1.1	La direction a transmis le résultat de l'enquête satisfaction 2021 à destination des résidents et des familles. Les thématiques abordées sont : – Le cadre de vie et les prestations, – La vie sociale, – Les repas, – La qualité des soins, – Le respect, – Le Conseil de la Vie Sociale. Les réponses permettent de constater que les résidents sont globalement satisfaits de l'établissement, mais pointent entre autres que : – Les résidents sont mitigés concernant l'entretien du linge et de leur chambre, – Les animations connaissent une baisse de participation des résidents, – Les préférences alimentaires des résidents ne sont pas suffisamment prises en compte. La mission note que les points d'insatisfaction font l'objet d'annonce de mesure correctrices. SI le CVS de février 2022 présente une analyse des résultats des enquêtes de satisfaction concernant la Résidence autonomie (une enquête de satisfaction globale et une concernant spécifiquement l'animation), il n'est pas fait mention de l'enquête de satisfaction 2021 de l'EHPAD. Il n'a pas été transmis d'enquête de satisfaction pour l'année 2022. La mission attire l'attention du gestionnaire sur le fait qu'une enquête de satisfaction annuelle sur la base de la méthodologie et les outils élaborés par la HAS devront être examinés par le CVS et affichés à l'accueil. Concernant les réclamations, la direction indique que si une procédure et une fiche de déclaration existe, aucune réclamation n'a été reçue.	Remarque 5 : Les résultats de l'enquête de satisfaction 2021 de l'EHPAD n'ont pas été présentés en CVS et il n'a pas été transmis d'enquête de satisfaction 2022 à la mission d'inspection.
1.5.1.3	Déclaration des EI/EIG La direction a transmis une procédure de gestion des événements indésirables (EI) en date de janvier 2022 : Elle indique qu'un référent EI est désigné au sein de l'établissement. Elle précise que le déclarant peut garder l'anonymat s'il le souhaite. La procédure présente des outils (échelle de gravité et échelle de probabilité) permettant de déterminer la criticité de l'événement (criticité allant de A à D). Les personnels déclarent les EI via une fiche de déclaration interne qui doit être déposée, selon la procédure, dans la boîte aux lettres de la Directrice.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Analyses et suivi des EI/EIG	
1.5.1.5	La procédure indique que le déclarant est tenu informé (soit directement soit en réunion de service si la déclaration est anonyme) de la mise en place de mesures correctives et du suivi de celles-ci. Si la procédure indique que le déclarant « ne sera pas inquiété » par sa déclaration, il n'est pas fait référence aux textes juridiques protégeant le déclarant. La procédure de l'établissement ne précise pas les catégories réglementaires des EIG (situation de maltraitance, suicide et tentative de suicide, ...) et retient comme seul critère de qualification son niveau de criticité. Il est également précisé que si l'EI est lié à un acte de soins, celui-ci est traité par l'IDEC et le médecin coordonnateur. Les autres événements font l'objet d'un traitement par la direction et le responsable de service. En cas d'événement indésirable grave, la procédure indique que les autorités de contrôle doivent être prévenues dans les 24 heures.	Ecart 5 : La procédure de l'établissement ne précise pas les catégories réglementaires des EIG (situation de maltraitance, suicide et tentative de suicide, ...) et retient comme seul critère de qualification son niveau de criticité, ce qui contrevient aux articles L331-8-1 et R331-8 et -9 du CASF. Remarque 6 : Les textes relatifs à la protection du salarié déclarant des EIG ne sont pas mentionnés dans la procédure.
1.5.1.6	Signalements et transmission des RETEX 3 EIG en 2022 (1 EIG relatif à des comportements violents d'un résident et 2 EIG concernant des dysfonctionnements en termes de prise en charge médicamenteuse) et 1 en 2023 [redacted] ont été déclarés à l'ARS et à la Ville de Paris. Ces EIG correspondent à ceux transmis à la mission d'inspection. La mission constate que le tableau des EI 2022 – 2023 ne fait pas mention de l'EIG transmis en août 2022 et de l'EIG transmis en 2023. D'après ce même tableau des événements indésirables présentés comme des situations de maltraitance envers les résidents n'ont pas été signalés aux autorités. La mission constate de manière globale que la colonne « thématique de l'événement » de ce même tableau reprend bien les catégories dont relèvent les EI à déclarer aux autorités, mais que peu d'entre eux ont été signalés. Seuls les événements de criticité 9 ont été déclarés. Il est à noter que l'échelle de criticité indiquée dans le tableau des EI (1 à 9) n'est pas la même que celle de la procédure (De A à D). Le tableau des EI ne reprend pas les faits et ne permet donc pas d'en faire une analyse. 1 RETEX a été transmis [redacted] Celui-ci a été réalisé rapidement après l'EIG et présente les facteurs positifs identifiés (prise en charge rapide du malaise, personnel formé régulièrement à l'AFGSU 2, mise en place rapide d'un groupe de parole...) et les actions correctrices proposées (solicitation de la médecine du travail, amélioration de la communication interne et des réunions direction/médecin coordonnateur/IDEC plus régulières).	Ecart 6 : La mission s'interroge sur les raisons pour lesquelles des EI présentés comme des situations de maltraitance et relevant d'un EIG n'ont pas été transmis aux autorités (référence articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 du CASF). Remarque 7 : Le tableau des EI ne présente pas les faits pour chaque dysfonctionnement et ne permet pas d'en faire une analyse.

Commentaire complémentaire

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.1	Les effectifs L'établissement a transmis un organigramme qui fait état du personnel suivant : - Une direction composée de la Mère Supérieure et son conseil. - Trois petites sœurs responsables de services à 1 ETP chacune (une AS responsable de l'accueil de la buanderie, et deux AMP respectivement responsables du 3^{ème} étage/salle à manger et du 1^{er} et 2^{ème} étage). - Un pôle administratif à 4 ETP composé d'une assistante comptable/résidents, d'une chargée de ressources humaines et de deux hôtesse d'accueil. - Un pôle « vie sociale/animation » avec une animatrice à 0,78 ETP. - Un pôle hôtelier (8,25 ETP) comprenant un responsable technique (1 ETP), deux personnels de blanchisserie (2 ETP) et 7 agents de service (5,25 ETP). - Un pôle restauration (4 ETP) composé d'un chef cuisinier (1 ETP), d'une cuisinière (1ETP) et de deux agents de restauration et d'entretien des locaux (2 ETP). - Un pôle soins (20,45 ETP) comprenant une IDEC (0,88 ETP), un médecin coordonnateur (0,40 ETP), trois IDE (2,60 ETP), une psychologue (0,50 ETP), une psychomotricienne (0,50 ETP), neuf AS (9 ETP) et 7 AV (6,57 ETP). La formule suivante (Cf. CPOM) permet de déterminer si le nombre d'AS/AES est suffisant au regard de la capacité et du GMP de l'établissement : $\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{GMP établissement validé})}{\text{nb d'ETP (AS + AES)}} = R_{GMP}$ Effectif AS/AES : Si $RGMP > 3200 \Rightarrow$ nb ETP AS/AES est insuffisant. Ici 48 (nombre de place en hébergement permanent) x 621 (GMP validé par le procès-verbal de 2018) divisé par 9 (nombre d'AS/AES) = 3 312 Les effectifs AS/AES de l'établissement (9 ETP) ne sont pas en adéquation avec les objectifs du CPOM. Pour atteindre les objectifs du CPOM, l'établissement devrait disposer de 9,315 ETP d'AS/AES. Ecart 7 : La charge en dépendance par AS/AMP n'est pas conforme aux objectifs CPOM (<3200 points GMP). Référence : CPOM de l'établissement.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Effectif IDE : La formule suivante (Cf. CPOM) permet de déterminer si le nombre d'IDE est suffisant au regard de la capacité et du PMP de l'établissement : $\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{PMP établissement validé})}{\text{nb d'ETP IDE}} = R_{\text{PMP}}$ SI $R_{\text{PMP}} > 4300 \Rightarrow$ nb ETP IDE est insuffisant Ici 48×224 (PMP validé par le procès-verbal de 2018) divisé par 3,48 = 3090 RPMP L'établissement dispose d'assez d'ETP d'IDE pour assurer une prise en charge adaptée.	
2.1.1.3	L'absentéisme Les indicateurs ANAP de l'établissement sont les suivants : Pour la campagne 2022 : -Taux d'absentéisme : (médiane départementale à 12,01% / régionale à 12,21 / nationale à 11,94%). -Taux de rotation du personnel : (médiane départementale à 13,52% / régionale à 13,54% / nationale à 13,54%). Pour la campagne 2021 : -Taux d'absentéisme : (médiane départementale à 13,51% / régionale à 12,49% / nationale à 11,68%). -Taux de rotation du personnel : (médiane départementale à 14,63% / régionale à 14,17% / nationale à 12,5%). Les taux d'absentéisme et de rotation du personnel sont supérieurs, à toutes les médianes fournies.	Écart 8 : Les indicateurs ANAP renseignés par l'établissement soulignent une instabilité des effectifs de l'établissement de nature à nuire à la qualité de la prise en charge des résidents ce qui contrevient L311-3, 1° du CASF.
2.1.1.6	Le recours à l'intérim L'établissement précise, dans la procédure de remplacement transmise, qu'en dernier recours celui-ci a recours à un prestataire d'intérim.	
2.1.2.1	Le plan de développement des compétences L'établissement a fourni les plans de formation de 2022, 2023 et le prévisionnel de 2024. Le plan 2022 est composé des formations suivantes : - « Incendie 1 en Groupe » pour quatre personnels administratifs, un d'animation, deux IDE, une IDEC, la psychomotricienne, la psychologue, cinq SG, neuf AS et 13 ASH sur trois jours.	Remarque 8 : Aucune formation sur la qualification et la déclaration des EI/EIG n'est inscrite aux plans de formations.

N° IGA S	Observations ou commentaires	Constat EIR
	- « Accompagner les résidents en fin de vie » pour six AS, deux AV, trois ASH, 2 IDE sur deux sessions de deux jours. - « RABC » (Risk Analysis Biocontamination Control) pour 2 ASH buanderie sur deux jours. - « Dans la peau de l'adulte âgé avec le simulateur de vieillesse » pour quatre personnels administratifs, un d'animation, une IDE, une IDEEC, la psychomotricienne, la psychologue, cinq SG, neuf AS, sept ASH et trois AV sur deux jours. - « AFSGU 2 » pour deux IDEEC et un AS sur trois jours. Le plan 2023 est composé des formations suivantes : - « Incendie » pour le personnel « Maison » sur cinq matins entre juin et décembre. - « Gestes et Postures » pour sept AS, deux AS nuit, six AV, huit ASH, deux personnels de buanderie, un personnel de maintenance, deux IDE, l'IDEC, quatre personnels de cuisine et deux assistants cuisines entre septembre et décembre. - « HACCP » pour quatre personnels de cuisine sur deux jours. - « Cultiver la bientraitance » pour quatre personnels administratifs, un personnel d'animation, deux IDE, l'IDEC, le psychomotricien, le psychologue, cinq SG, neuf AS et 13 ASH sur deux jours pour trois groupes distincts. - « La dépression » pour sept AS, deux ASH, quatre AV, 2 IDE, l'IDEC, et un psychologue sur deux jours pour deux groupes. - « Travail en équipe et cohésion d'équipe » pour un IDE, l'IDEC, six AS, un AES, quatre AV et deux ASH sur deux jours pour deux groupes. - « Le temps du repas en EHPAD » pour cinq AS, un AES, quatre AV, quatre ASH sur deux jours pour deux groupes. - « L'animation en EHPAD » pour sept AS, l'IDEC, un psychologue et l'animatrice sur deux jours. - « Assistante de soins en Gériologie » pour deux AS sur 140 heures. Le plan de formation prévisionnel 2024 est composé des formations suivantes : - « Incendie 1 er Groupe » pour le personnel « Maison » sur cinq matins. - « La relation soignant/ soigné (Développer le relationnel dans un contexte de soin pour plus d'humanité) » pour neuf AS jour et nuit, six AV jour/nuit, deux ASH jour, trois IDE et une IDEEC sur deux sessions de deux jours. - « La dénutrition Diagnostic et prise en soin » pour neuf AS jour et nuit, six AV jour/nuit, deux ASH jour, trois IDE et une IDEEC sur deux sessions de deux jours. - « De la texture modifiée "au manger sain" (une cuisine créative pour nos résidents dépendants) » pour quatre personnels de cuisine sur deux sessions d'un jour. - « L'approche non médicamenteuse dans la relation d'aide » pour neuf AS jour et nuit, six AV jour/nuit, deux ASH jour, trois IDE et une IDEEC sur deux sessions de deux jours. - « Travailler la nuit et faire partie d'une équipe interdisciplinaire » pour deux AS nuit et deux AV nuit sur deux sessions d'un jour. - « Hygiène des locaux en institution » pour six AV jour/nuit et six ASH jour/nuit sur deux sessions de deux jours.	
2.1.2.5	Le livret d'accueil L'établissement a transmis trois documents : le livret d'accueil des salariés actuel, le livret d'accueil en cours d'actualisation et la procédure d'accueil du nouveau salarié.	

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat EIR
	La procédure d'accueil, en date de mai 2023, indique ce qui doit être remis aux personnels à leur arrivée (documents, matériels) et qu'une visite de l'établissement ainsi qu'une présentation du personnel sont à organiser si possible. Ainsi, le personnel en CDI se voit remettre, d'après le livret, plusieurs tenues, un badge, leur contrat, le planning, leur fiche de poste, leur fiche de tâches et un vestiaire. Le personnel en CDI se voit remettre en plus du livret d'accueil, le règlement intérieur et un fascicule concernant la mutuelle. Le livret d'accueil présente l'histoire des Petites Sœurs des Pauvres, les valeurs de la Congrégation, le comportement à adopter envers les résidents, ses collègues, les familles. Il apporte également des informations pratiques relatives à la rémunération, les congés et la sécurité au travail. Enfin, un complément d'information indique que les nouveaux arrivants seront accompagnés dans les premiers jours par un salarié et que celui-ci a un rôle de formation et non d'évaluation. Les plannings La direction a transmis les plannings prévisionnels pour l'ensemble de l'année 2023. En l'absence de transmission de planning réalisé, l'analyse ne porte que sur les plannings prévisionnels. Ceux-ci prévoient la présence en semaine : • Au 1^{er} étage de : - 1 AS et 1 auxiliaire de vie de 7h30 à 15h le matin, - 1 AS et 1 auxiliaire de vie de 12h30 à 20h l'après-midi. • Au 2^{ème} étage de : - 1 AS et 1 auxiliaire de vie ou 1 AS et 1 ASH de 7h30 à 15h le matin, - 1 AS et 1 auxiliaire de vie ou 1 AS et 1 ASH de 12h30 à 20h l'après-midi. • Au 3^{ème} étage de : - 1 AS (7h30-15h), 1 ASH (9h00-12h30) et 1 auxiliaire de vie (8h-16h) le lundi. Les autres jours, 1 AS (7h30-15h) et 1 auxiliaire de vie (8h-16h) ou 1 AES (7h30-15h) et 1 ASH (8h-16h) ou 1 ASH (8h-16h) le matin, - 1 AES (12h30-20h) et 1 auxiliaire de vie (8h-16h) ou 1 auxiliaire de vie (12h30-20h) et 1 ASH (8h-16h) ou 1 AES (12h30-20h) et 1 ASH (8h-16h) l'après-midi. Le week-end, il est prévu le matin au 1^{er} étage la présence d'une AS (7h30-15h) et d'une ASH (8h-19h30) et l'après-midi la présence d'une auxiliaire de vie (12h30-20h) et d'une ASH (8h-19h30). Au deuxième étage, il est prévu le matin la présence d'une AS (7h30-15h) et d'une auxiliaire de vie (8h-19h30) et l'après-midi la présence d'une ASH (12h30-20h) et d'une auxiliaire de vie (8h-19h30). Au 3^{ème} étage, il est prévu le matin la présence d'une AS ou d'une AES (7h30-15h) et d'une ASH (8h-16h) et l'après-midi la présence d'une AS (12h30-20h) et d'une ASH (8h-16h) ou d'une auxiliaire de vie (12h30-20h) et d'un ASH (8h-16h).	Ecart 9 : La mission s'interroge sur l'organisation des personnels infirmiers le mardi ainsi que le vendredi après-midi (présence d'un seul IDE et absence de l'IDEC). Référence : Article L311-3, 1° du CASF. Ecart 10 : La mission constate l'absence d'ASI/AES les week-ends après-midi au 1^{er} et 2^{ème} étage et certains après-midi le week-end et en semaine au 3^{ème} étage ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF. Ecart 11 : Il n'y a pas de personnel soignant pendant plus d'1 heure la nuit (entre 6H15 et 7h45) ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF. Remarque 9 : Les plannings transmis à la mission ne permettent de voir les plannings réalisés et donc la proportion de personnel remplaçants (Cf. supra indicateurs ANAP).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.4.2	Concernant les IDE, il est prévu 1 ou 2 IDE par jour. En cas d'unique IDE sur la structure, les horaires sont (7h30-20h). Le mardi et le vendredi après-midi un seul IDE est présent et l'IDEC n'est pas sur site ce jour-là. S'ils sont deux, les horaires sont soit : - Les deux IDE commencent à 7h30-15h et 7h30-20h Soit - Un des IDE commence à 7h30 et finit à 16h et l'autre est présent de 9h à 20h Une IDE est toujours présente le week-end de 7h30 à 20h. Le week-end, le matin les plannings prévoient la présence d'une AS (7h-15h) et d'une ASH (8h-16h), l'après-midi, une AS polyvalente (12h30-20h) et 1 ASH (8h-16h) sont présents. La nuit 1 AS (19h45-6h15) et 1 ASH (21h-15-7h45) sont présents pour l'ensemble de la structure. Le personnel prévu au jour du contrôle : - Pour le personnel soignant : l'IDEC, deux IDE, sept AS pour la journée (dont un normalement remplacé ce jour), un AS pour la nuit, deux AVS en journée et un ASH la nuit, la psychomotricienne, la psychologue. - Pour le personnel hôtelier et de restauration : trois agents de service, deux personnels de blanchisserie (dont un normalement remplacé ce jour), le responsable technique et deux agents de restauration et d'entretien des locaux. - Pour le personnel administratif et d'animation : l'assistante comptable, la chargée de ressources humaines, une hôtesse d'accueil, l'animatrice. Les fiches de tâches heureées L'établissement a transmis des fiches de tâches propres aux IDE et des fiches de tâches par étages pour les postes d'AS, AV et ASH. • Pour le 1^{er} étage : deux fiches de tâches AS (7h30-15h et 12h30-20h) et des fiches de tâches communes pour les ASH et les AV en semaine et week-end. • Pour le 2^{ème} étage : une fiche de tâche AV (journée), deux fiches de tâches ASH (matin et après-midi), deux fiches de tâches AS (matin et après-midi). Ont également été fournies une fiche relative à la mise aux toilettes et coucher des résidents ainsi qu'une fiche douche et bain + changement de drap. • Pour le 3^{ème} étage : deux fiches de tâches AS (matin et après-midi) et une fiche de tâche ASH (8h-16h).	Ecart 12 : L'établissement a transmis des fiches de tâches communes aux Auxiliaires de Vie et aux Agents de Service Hôtelier alors que ces personnels n'ont pas les mêmes missions ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF. Remarque 10 : Des fiches de postes transmises des AS et AV présentent des incohérences en termes d'horaires.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Certaines fiches de tâches transmises présentent des incohérences d'horaires entre AS et AV (il est prévu pour les AS de procéder à des douches à 7h50 alors que les AV doivent réveiller les résidents à partir de 8h). Pour les mêmes fiches de poste, deux versions ont été transmises, l'une concernant les « ASH/AV » (format Word) et l'autre concernant juste les « AV » (format PDF). Les ASH et AV ne dépendent pas du même pôle, n'ont pas les mêmes missions et ne peuvent donc avoir des fiches de tâches heures communes.	
2.1.4.4	<u>Le glissement de tâches</u> Les fiches de tâches transmises sont communes aux AV et aux ASH alors que ces personnels ont des missions différentes au sein de l'établissement. <u>La gestion des absences imprévues</u> L'établissement a transmis une procédure de remplacement en cas d'absence inopinée, en date de juillet 2023. Elle liste les différents recours possibles pour remplacer un personnel absent : - Augmenter le temps de travail du personnel en place dans la limite de 44 heures par semaine. - Faire appel aux remplaçants habituels prévus sur la liste interne. - En dernier recours, faire appel aux prestataires d'intérim. La procédure renseigne ensuite la marche à suivre à l'arrivée du remplaçant : - Demande d'une pièce d'identité, de la carte vitale et du diplôme. - Elaboration du contrat selon un modèle indiqué, impression du document en deux exemplaires et faire la Déclaration Unique d'Embauche.	(Cf. supra.)
2.1.4.10	<u>La qualification du personnel de nuit</u> Les plannings transmis montrent que la nuit sont présents un aide-soignant (19h45-6h15) et un agent de service (21h-15-7h45). L'aide-soignant terminant son service à 6h15 et les AS de jours n'arrivant qu'à 7h30, l'agent de service de nuit reste donc seul dans l'établissement pendant plus d'une heure (Cf. supra). Les fiches de tâches heures des personnels de nuit n'ont pas été transmises.	Remarque 11 : En absence de transmission des fiches de tâches heures, la mission ne dispose pas d'éléments sur l'organisation de la prise en charge de nuit dans l'établissement.

Commentaire complémentaire

Prises en charge

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

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La procédure d'admission L'établissement a transmis un protocole d'admission en date d'avril 2021. Le déroulé de la procédure est : pré admission, admission, pré accueil, accueil, élaboration du PAI. - La pré admission concerne la phase de renseignement avant toute demande d'admission, ainsi que le dépôt du dossier de candidature. Toute demande d'information est honorée par l'établissement. Au retour des documents d'admission une première analyse administrative et médicale (l'IDEC et/ou le MedCo) est faite et si le profil du candidat est compatible avec la prise en charge proposée par l'établissement, une première rencontre est organisée. - L'admission et le pré accueil permettent au résident d'avoir un premier contact avec l'établissement et une partie de son personnel. Pour l'EHPAD, c'est l'occasion d'échanger avec le résident pour évaluer ses attentes et besoins pour s'assurer de l'organisation d'une prise en charge adaptée. L'IDEC organise une journée découverte pour le résident et éventuellement des proches, pour renseigner le résident sur l'organisation de son futur séjour et remettre les documents permettant de compléter son dossier. Le médecin coordonnateur (et potentiellement l'IDEC ou l'IDE référent) rencontre le futur résident et lui explique l'organisation des soins dans l'établissement. Après la visite, si le dossier est complet, une date d'entrée est fixée et communiquée au résident. Tout le personnel est informé de son arrivée et des éléments indispensables pour une prise en charge adaptée. Le dossier de soins informatisé contenant les données médicales de l'entrant est créé avant son arrivée. Il est précisé que l'entrée dans l'établissement nécessite l'accord de la personne et l'avis du médecin coordonnateur. - L'accueil concerne la phase d'entrée du nouveau résident et son intégration dans l'établissement. Huit jours avant l'entrée, le résident est appelé pour la désignation d'une personne de confiance, qui pourra alors assister à l'entretien de conclusion du contrat de séjour sur accord de la personne âgée. Le résident est accueilli par l'équipe de l'établissement et la Petite Soeur responsable de service, qui désigne un professionnel « référent » qui sera l'interlocuteur privilégié pendant son intégration ainsi qu'un résident « parrain » pour des échanges plus libres. Dans les 3 à 6 mois après son arrivée le résident se verra remettre les documents relatifs aux directives anticipées et entrera dans le processus de construction de son PAI.	
3.2.1.2	Évaluation à l'admission Les documents transmis par l'établissement ne permettent pas d'établir si des évaluations sont faites au moment ou à la suite de l'admission.	Ecart 13 : La mission ne peut s'assurer de la tenue d'évaluations gériatriques à l'admission du résident dans l'établissement ce qui contrevient à l'article D312-158 6° du CASF.
3.1.3.3	Le PAI L'établissement a transmis un « mode opératoire » relatif à l'élaboration du PAI en date d'avril 2021. Celui-ci comprend un protocole relatif à l'élaboration du PAI et une annexe comportant la trame du PAI.	Remarque 12 : Le document transmis ne précise pas la périodicité et les motifs justifiant la révision du PAI et l'absence d'un référent par résident ne

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	L'EHPAD a précisé qu'il n'y avait pas de référent PAI par résident, mais assure, sans toutefois apporter plus de précisions, que « chaque intervenant s'implique pour le bien-être de chaque résident et les informations importantes sont partagées en équipe ». L'équipe participant à l'élaboration du PAI inclut : la psychologue, l'IDEC et l'IDE, la petite sœur du service (AS, AV, ASH), l'animatrice, possiblement le personnel administratif comme la comptable et la famille si le résident le souhaite. Le médecin coordonnateur et les Petites Sœurs responsables de l'étage font un premier recueil de données sur le résident, ces informations guident le reste de l'élaboration. La psychologue reçoit le résident en entretien pour l'informer de la réalisation de son PAI et lui demander sa participation directe au processus. Ensuite, une première réunion est organisée autour du résident avec un maximum de professionnels pour recueillir et échanger avec lui sur son séjour, ses potentielles attentes et difficultés. Puis, une seconde réunion, sans le résident a lieu pour aborder les points « pouvant être incompris ou non accessibles à la discussion » pour terminer le recueil des données. Enfin, la psychologue réalise deux synthèses écrites du projet sur le logiciel de soins pour les équipes de l'établissement. Une version ne comportant pas la partie « recueil de données » et les informations « pouvant être mal comprises » par le résident lui est remise. Le document fourni ne détaille pas la périodicité de révision du PAI, ni les autres motifs pouvant entraîner une révision. Enfin, il ressort des documents transmis que la grande majorité des PAI date de plus d'un an.	permet pas la compréhension de la démarche de révision des besoins du résident et de son PAI. Ecart 14 : La grande majorité des PAI des résidents datent de plus d'un an ce qui contrevient à l'article L311-3 3° du CASF.
3.1.4.4	<u>La Commission de Coordination Gériatrique</u> Les comptes rendus des deux dernières réunions de la commission de coordination gériatrique ont été fournis, le premier en date du 21 décembre 2021, le second en date du 13 décembre 2022. Les deux réunions ont mobilisé des acteurs internes et externes à l'établissement notamment les médecins traitants ainsi que les intervenants libéraux. Le premier porte principalement sur : la situation COVID de l'établissement, l'état des vaccinations, les services de soins extérieurs (CMP, BROCA, HEGP, ICI), la présence de la psychologue dans l'établissement et son passage à 0,5 ETP, un point sur la liste des médicaments préférés. Le second porte sur : la situation COVID au sein de l'établissement, les conventions avec les services de soins extérieurs, la présentation de la psychologue et sa prise en charge des directives anticipées, la liste des médicaments préférés, les soins palliatifs et la volonté de l'établissement d'une mise en place claire.	
3.1.4.5	<u>Interventions des professionnels médicaux</u> L'établissement a fourni une liste des médecins traitants intervenant dans la structure en date du 25 mai 2023. 5 médecins traitants, interviennent dans la structure et prennent en charge 44 résidents (deux des cinq médecins traitants prennent en charge 34 résidents). Le médecin coordonnateur, quant à lui, suit un résident.	

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Un seul n'utilise pas le logiciel de soins de l'établissement. Un psychiatre intervient aussi dans la structure pour 4 résidents et utilise également le logiciel de soins.	
2.5.4.3	Système d'appels-malade L'établissement indique que leur « système d'appel malade est ancien et n'a pas de traçabilité » au moment du contrôle. La mission ne peut donc s'assurer du bon fonctionnement du système d'appel-malade du fait de l'absence actuelle de traçabilité, toutefois, elle prend acte des travaux de remplacement prévus dans les prochains mois.	Ecart 15 : La mission ne peut s'assurer du bon fonctionnement du système d'appel-malade du fait de l'absence de traçabilité actuelle ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF.

Commentaire complémentaire

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
<u>Le livret d'accueil et le contrat de séjour</u>		
	Un livret d'accueil, mis à jour le 7 février 2020, a été transmis.	
	Il comporte plusieurs volets : – Une présentation de la Congrégation des Petites Sœurs des Pauvres. – Une présentation de l'établissement. – Une partie sur « le confort » au sein l'institution avec les caractéristiques de la chambre et des prestations complémentaires. – Un chapitre « bien-être » avec présentation de la restauration, du linge et produits d'hygiène, sur le service maintenance et sécurité, les activités et animations, les bénévoles, les sorties ainsi que les échanges pouvant avoir lieu avec les autres résidences « Ma Maison », le jardin, les ateliers et les jeux, les manifestations et les pratiques religieuses. – Un volet « santé » précisant la volonté de maintenir des relations sociales pour le résident, les intervenants paramédicaux, la prise en charge financière des soins du résident. – Une rubrique « informations administratives » relatives à l'admission avec les modalités de celle-ci, la contractualisation de l'accompagnement et les conditions de facturation des prestations. – Un dernier volet « droits » du résident comportant la charte des droits et libertés de la personne accueillie, la notice d'information relative à la personne de confiance et sa désignation, la liste des interlocuteurs dans la résidence, celle des personnes qualifiées du territoire, celle des instances à contacter dont le médiateur à la consommation, le numéro de SOS maltraitance personnes âgées. Les droits relatifs au libre choix du médecin traitant et l'accès aux informations de santé sont également évoqués dans le volet « santé ».	
3.2.2.2 3.2.2.5	Le contrat de séjour fourni, en date de mars 2023, renseigne le résident sur les droits suivants : sa participation au PAI pour définir les objectifs de son accompagnement, le libre choix du médecin traitant, le droit à l'information médicale et le possible ajout d'une annexe au contrat de séjour pour garantir la liberté d'aller et venir du résident dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité. Les annexes du contrat de séjour précisent aussi les droits relatifs à la protection des données personnelles, le droit à l'image et les informations relatives au défenseur des droits et le médiateur à la consommation.	
<u>Procédure relative aux contentions</u>		
3.2.3.1	L'établissement a transmis une procédure de contention physique chez une personne âgée, en date du 12 juin 2023. Elle a pour objectif d'améliorer la sécurité des personnes âgées, d'apporter une réflexion bénéfice/risque sur la mise en place d'une contention physique et de préserver les droits et qualité de vie des personnes âgées. La procédure précise que la contention représente la dernière option pour assurer la sécurité du résident ou des personnes à son contact et qu'une analyse bénéfice/risque est nécessairement faite par l'équipe soignante, avec le médecin, avant rédaction de la prescription. Cette dernière précise l'évaluation, la durée et le matériel de la contention tout en étant horodatée et validée. Le tout est renseigné et tracé sur le logiciel NetSoins.	

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La contention est réévaluée systématiquement pendant les réunions pluridisciplinaires, qui sont mensuelles, ou plus tôt si la situation évolue. Dans les cas où la contention est maintenue plus de 24h les dates de réévaluation doivent être déterminées. C'est sur la base des observations du résident, mises en place après la pose de la contention, que le médecin peut déterminer s'il faut poursuivre ou lever les mesures de contention. Préalablement à la pose de la contention, une information claire, précise et loyale du résident et de sa famille est faite afin d'essayer d'obtenir leur consentement. La pose de la contention se fait dans le respect de la dignité de la personne et celle-ci doit faire l'objet d'aménagements pour les activités de vie du résident. Sont renseignés les principaux points de suivi et de risques en cas de contention. Le protocole s'appuie également sur deux arbres décisionnels pour la pose d'une contention dans une situation « normale » et dans un cas d'urgence. Les contentions sont bien répertoriées dans le RAMA.	

Commentaire complémentaire

Soins

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Convention EHPAD/Officine et circuit du médicament L'établissement a transmis une convention signée et paraphée en date du 21 juin 2023, valable pour une durée indéterminée. La convention ne précise pas les conditions de transmissions d'ordonnance entre l'établissement et l'officine. Ces modalités de transmission à l'officine pour dispensation sont prévues dans la procédure de circuit du médicament de l'établissement. Parmi les devoirs de l'établissement figure la simplification de mise en place des liens entre la pharmacie d'officine et l'équipe soignante sous la responsabilité du médecin coordonnateur dans le but d'assurer la qualité et la continuité de la prise en charge médicale avec le partage des informations nécessaires sur le résident et pour le bon usage du médicament. Cet objectif est assuré par un cahier d'échanges physique présent au sein de l'EHPAD qui contient la date et le nom du signataire qui écrit. Cela permet à l'officine d'assurer son devoir de suivi personnalisé du résident dans le but de délivrer le traitement le plus optimisé. Un suivi semestriel de la prestation pharmaceutique a lieu à date convenue entre le responsable de l'EHPAD et le pharmacien titulaire de l'officine afin d'assurer que la convention impacte positivement la qualité, la sécurité et le bon usage du médicament. La convention contient également une clause relative au respect du RGPD afin de garantir la protection et la sécurité des données échangées. L'établissement a également transmis sa procédure relative au circuit du médicament, en date de février 2023. Elle porte sur le processus de prescription, la prescription des stupéfiants, l'acte de dispensation, les conditions relatives à la livraison et la détention des médicaments, la préparation et l'administration des traitements dans l'établissement avec les cas généraux et spécifiques, l'enregistrement de l'administration, la gestion des stocks et six annexes relatives à l'accord du résident/pharmacie, la convention avec l'officine, un document ANSM sur la durée de prescription et dispensation des médicaments stupéfiants et assimilés stupéfiants, sur la liste de chariot d'urgence et de la « pharmacie tampon », un document portant sur l'information de la gestion des médicaments par le résident ainsi qu'une annexe sur la vérification de la composition du chariot d'urgence.	Remarque 13 : La convention entre l'EHPAD et l'officine ne mentionne pas les modalités de transmission des ordonnances.	
3.8.2.22	Délégation d'administration des médicaments par l'IDE L'établissement n'a pas transmis de protocole dédié portant sur la délégation d'administration des médicaments par l'IDE, mais a joint un extrait de sa procédure relative au circuit du médicament décrivant ce processus de délégation au sein de l'EHPAD. Ce document reprend les pages 16 à 18 du protocole précédent qui définissent les fonctions des IDE et AS. En collaboration avec l'IDE, et sous sa responsabilité, les AS peuvent participer à la « prise des médicaments présentés sous forme non injectable ». Dans le cas de l'aide aux actes de la vie courante le protocole précise que ce ne sont pas que les AS qui peuvent participer à l'administration des médicaments tant que les conditions prévues par l'article L313-26 du CASF sont réunies (prescription impérative, mode de prise sans difficulté particulière ou besoin de formation, si la prescription ne vise pas directement les auxiliaires médicaux, si les médicaments sont préparés par une IDE et si des protocoles de soins sont élaborés pour que la personne soit informée et compétente). Est aussi précisé le régime des étudiants en soins infirmiers qui bénéficient d'un accompagnement par l'IDE jusqu'à ce que leurs compétences permettent de réaliser ces actes de manière autonome.	Remarque 14 : Le protocole de délégation d'administration des médicaments ne reprend pas tous les éléments de bonnes pratiques contenus dans la procédure relative au circuit du médicament de l'établissement.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Il est également précisé que les AS et ASH ne peuvent administrer que les médicaments préparés par les IDE. Tous les piluliers « délégués » doivent être retournés aux IDE afin qu'ils puissent contrôler la prise ou non-prise des médicaments et le renseigner sur le logiciel de soins de l'établissement. Les règles d'administration reposent sur un contrôle appuyé de l'identité du résident avant délivrance, l'hygiène et le respect des modes d'administration prévus pour chaque médicament, la surveillance de la prise/non-prise et la bonne information de l'IDE pour qu'il puisse agir en accordement à la situation. Le document transmis ne constitue pas un protocole dédié et ne reprend pas l'intégralité des points de la procédure relative au circuit du médicament duquel il est tiré. Il ne contient pas les recommandations de bonne pratique, les principes relatifs à la préparation et l'administration des médicaments par l'IDE, notamment pour l'équipe de nuit, ainsi que les détails de la surveillance et l'enregistrement de l'administration qui sont pourtant contenus dans la procédure relative au circuit du médicament.	
3.8.2.24	<u>Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur</u> L'établissement a transmis une procédure relative à l'évaluation et la prise en charge de la douleur en date du 9 juin 2023. Ces objectifs sont de repérer un résident douloureux, l'évaluer et transmettre à l'infirmier en poste pour assurer une prise en charge adaptée et efficace, assurer le confort du résident atteint ainsi que soulager tout type de douleur qu'elle soit physique ou psychologique. Le protocole appuie la nécessité d'effectuer une évaluation complète de la douleur avant d'envisager un traitement afin que ce dernier soit un choix thérapeutique adapté. Cette évaluation doit donc contenir un historique de la douleur et de son évolution par le résident, une évaluation de cette douleur et un examen clinique assuré par un médecin ou le personnel infirmier. Il est précisé que la douleur peut être de formes et d'origines multiples, qu'elle est vécue différemment par chaque résident ce qui rend son dépistage encore plus impérieux et concerne l'ensemble du personnel en contact avec le résident. Ils pourront ensuite se tourner vers l'IDE en poste. Pour évaluer la douleur, le personnel soignant peut s'appuyer sur les échelles suivantes : pour l'auto-évaluation l'échelle EN, pour les hétéro-évaluations Doloplus et Algoplus. Une évaluation sera faite dès qu'un résident communiquera sa douleur ou en cas de changement de comportement pouvant laisser présager un ressenti douloureux. En cas d'absence de ces éléments le rythme sera mensuel. Les évaluations continuent jusqu'à la fin de la douleur. Le protocole contient également une cartographie des processus d'évaluation et de prise en charge et la classification de l'OMS relative aux antalgiques adaptés aux différents niveaux de douleurs. Le RAMA confirme le dépistage systématique de la douleur et indique une augmentation du nombre de résidents sous antalgiques par rapport à l'année précédente.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Protocole soins palliatifs et fin de vie	
3.8.2.25	L'établissement a transmis un protocole relatif à la démarche palliative en date du 9 juin 2023. Ces objectifs sont d'anticiper la prise de soins pour répondre aux besoins du résident en fin de vie, d'offrir la meilleure qualité de fin de vie possible pour le résident en accompagnant ses proches, aborder les différentes dimensions des soins, aider les soignants à adapter leur accompagnement pour assurer la personnalisation de l'accompagnement. La démarche palliative et l'accompagnement de la fin de vie est une thématique principale pour l'établissement. Ainsi, pour les personnes en situation de fin de vie identifiées et ayant donné leur accord, la démarche palliative peut s'appliquer « quels que soient leur état de santé ou leur perte d'autonomie ». L'accompagnement de la fin de vie mobilise les ressources internes à l'établissement, avec une mobilisation supplémentaire du personnel, ainsi que les ressources des partenaires externes qui viennent assister la mise en place de la prise en charge globale individualisée du résident. Les différents acteurs et les médecins sont tenus au courant des partenaires disponibles et des modes d'organisation de mise en place de l'accompagnement. Pour les professionnels, cette démarche se caractérise également par des réunions pluridisciplinaires entre équipes, autour du médecin traitant, permettant des décisions collégiales et par une instance éthique ouverte aux intervenants extérieurs. Pour le résident, ses volontés sont respectées et placées en premier plan surtout si elles ont été formulées par des directives anticipées. La démarche palliative et l'accompagnement de fin de vie se caractérisent par une évaluation des besoins d'accompagnement afin d'offrir une prise en charge adaptée qui assure le traitement des symptômes autant physique que psychologique. Le but de l'établissement est d'assurer une fin de vie dans le respect de la dignité et avec un sentiment d'accompagnement et d'attention pour le résident. Le RAMA précise que l'établissement a une convention avec un Réseau ou Equipe Mobile de Soins Palliatifs.	
3.4.3.9	Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel Le document transmis par la mission a bien été rempli et renvoyé par l'établissement. Le rythme des pesées est très inégal, un seul des résidents en a 12 inscrites et en moyenne ils ont entre 3 et 5 pesées manquantes (cela peut descendre à une pesée). Certains résidents entrés à la même période n'ont pas un nombre équivalent de pesées. D'autres, entrés plus récemment, ont également plus été pesés que d'autres entrés avant eux. La mission ne peut donc établir le caractère mensuel des pesées dans l'établissement. Ainsi, si l'étude de l'état nutritionnel des résidents ne fait pas ressortir de dénutrition au niveau des IMC, la mission souligne que l'échantillon incomplet des pesées ne permet pas d'écarter tout risque potentiel. Le RAMA précise qu'un protocole pour prévenir la dénutrition et un protocole hydratation existent et sont appliqués.	Ecart 16 : La mission ne peut établir le caractère mensuel des pesées ce qui contrevient à l'article L311-3, 3° du CASF.

Commentaire complémentaire

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Personnels médicaux et paramédicaux libéraux	Observations ou commentaires
4.2.1.2	L'établissement a fourni une liste en date du 10 juillet 2023. Interviennent, en plus des cinq médecins traitants : - Deux masseurs-kinésithérapeutes intervenant le lundi, mercredi, jeudi et vendredi après-midi pour 25 résidents par semaine. - Une orthophoniste qui prend en charge cinq résidents chaque mardi.	

Risques environnementaux

	Observations ou commentaires	Constat E/R
AMIANTE	L'établissement a transmis son diagnostic technique amiante daté de 2005 intégrant une fiche récapitulative	Néant
DASRI	L'établissement a transmis sa convention en cours avec le collecteur PROSERVE DASRI. Cette convention datée de juillet 2023 n'est pas signée. L'établissement a transmis 3 bordereaux concernant les mois de janvier, mars et mai 2023. Ils sont conformes et attestent de l'élimination des DASRI par le collecteur.	Remarque 15 : La convention de collecte des DASRI n'est pas signée.
LEGIONELLES	Les résultats comprennent bien les analyses de légionelles des années 2022 et 2023. Les résultats d'analyses de légionelles comprennent bien l'ensemble des points critiques de l'établissement (retour de boucle, fond de ballon et points d'usages). En 2022, les résultats d'analyses de légionelles révèlent plusieurs contaminations ([Lp] = 5000 ufc/L pour la chambre du bât A, et [Lp] = 190 ufc/L dans le retour de boucle). En 2023, les résultats d'analyses de légionelles révèlent la présence de légionelles en dessous du seuil de référence ([Lp] = 160 ufc/L dans le retour de boucle) ainsi que de flore bactérienne [bactéries] < 100 ufc/L. Des températures supérieures à 50°C ont été mesurées sur plusieurs points d'usage en 2023.	Remarque 16 : La direction ne s'assure pas que l'ensemble des mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) sont réalisées régulièrement. Remarque 17 : La direction ne s'assure pas que la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.

Récapitulatif des écarts et des remarques

Nbre	Référence	Ecart	Référence juridique	Numéro IGAS
1	Management et stratégie	Ecart 1 : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement à jour, ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Article L311-8 du CASF	1.2.1.4
2	Management et stratégie	Ecart 2 : Le plan bleu transmis ne permet pas de répondre à l'ensemble des risques auxquels l'établissement peut être confrontés ce qui contrevient à l'article D312-160 du CASF et l'INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	Article D312-160 du CASF et l'INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	1.2.1.6
3	Management et stratégie	Ecart 3 : Le contrat de travail transmis ne permet pas à la mission de s'assurer que le temps de présence du médecin coordonnateur est conforme à la réglementation (0,40 ETP) ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Article D312-156 du CASF	1.2.1.4.4
4	Animation et fonctionnement des instances	Ecart 4 : Le CVS n'est pas informé des EI et dysfonctionnements, ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.	Article R331-10 du CASF	1.3.3.2
5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Ecart 5 : La procédure de l'établissement ne précise pas les catégories réglementaires des EIG (situation de maltraitance, suicide et tentative de suicide, ...) et retient comme seul critère de qualification son niveau de criticité, ce qui contrevient aux articles L331-8-1 et R331-8 et -9 du CASF.	Articles L331-8-1 et R331-8 et -9 du CASF.	1.5.1.5
6	Gestion des risques, des crises et des	Ecart 6 : La mission s'interroge sur les raisons pour lesquelles des EI présentés comme des situations de maltraitance et	Articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 du CASF.	1.5.1.6

	événements indésirables	relevant d'un EIG n'ont pas été transmis aux autorités ce qui contrevient aux articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 du CASF.		
7	Gestion des ressources humaines	Ecart 7 : La charge en dépendance par AS/AMP n'est pas conforme aux objectifs CPOM (<3200 points GMP). Référence : CPOM de l'établissement	CPOM de l'établissement	2.1.1.1
8	Gestion des ressources humaines	Écart 8 : Les indicateurs ANAP renseignés par l'établissement soulignent une instabilité des effectifs de l'établissement de nature à nuire à la qualité de la prise en charge des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.	Article L311-3, 1° du CASF	2.1.1.3
9	Gestion des ressources humaines	Ecart 9 : La mission s'interroge sur l'organisation des personnels infirmiers le mardi ainsi que le vendredi après-midi (présence d'un seul IDE et absence de l'IDEC). Référence : Article L311-3, 1° du CASF.	Article L311-3, 1° du CASF	2.1.4.5
10	Gestion des ressources humaines	Ecart 10 : La mission constate l'absence d'ASI/AES les week-ends après-midi au 1er et 2ème étage et certains après-midi le week-end et en semaine au 3ème étage ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF.	Article L311-3, 1° du CASF	2.1.4.5
11	Gestion des ressources humaines	Ecart 11 : Il n'y a pas de personnel soignant pendant plus d'1 heure la nuit (entre 6H15 et 7h45) ce qui contrevient à l'article L311-1 1° du CASF.	Article L311-3, 1° du CASF	2.1.4.5
12	Gestion des ressources humaines	Ecart 12 : L'établissement a transmis des fiches de tâches communes aux AV et aux ASH alors que ces personnels n'ont pas les mêmes missions ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF.	Article L311-3, 1° du CASF	2.1.4.2/2.1.4.4

13	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 13 : La mission ne peut s'assurer de la tenue d'évaluations gériatriques à l'admission du résident dans l'établissement ce qui contrevient à l'article D312-158 6° du CASF.	Article D312-158 6° du CASF.	3.2.1.2
14	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 14 : La grande majorité des PAI des résidents datent de plus d'un an ce qui contrevient à l'article L311-3 3° du CASF.	Article L311-3 3° du CASF	3.1.3.3
15	Respect des droits des personnes	Ecart 15 : La mission ne peut s'assurer du bon fonctionnement du système d'appel-malade du fait de l'absence de traçabilité actuelle ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF.	Article L311-3 1° du CASF	2.5.4.3
16	Soins	Ecart 16 : La mission ne peut établir le caractère mensuel des pesées ce qui contrevient à l'article L311-3, 3° du CASF.	Article L311-3, 3° du CASF	3.4.3.9

Nbre	Référence	Remarques
1	Management et stratégie	1.2.1.1 Remarque 1 : Il n'apparaît pas à la mission que l'organigramme reflète l'organisation réelle de l'EHPAD en termes de lien hiérarchique et fonctionnel
2	Gestion de la qualité	1.4.2.1 Remarque 2 : L'établissement n'a pas procédé à une évaluation interne depuis 2013 et une évaluation externe depuis 2014.
3	Gestion de la qualité	1.4.3.2 Remarque 3 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure dédiée aux cas de violence et harcèlement sexuel.
4	Gestion de la qualité	1.4.3.3 Remarque 4 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure dédiée aux cas d'agression.
5	Gestion de la qualité	1.5.1.1 Remarque 5 : Les résultats de l'enquête de satisfaction 2021 de l'EHPAD n'ont pas été présentés en CVS et il n'a pas été transmis d'enquête de satisfaction 2022 à la mission d'inspection.
6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.1.5 Remarque 6 : Les textes relatifs à la protection du salarié déclarant des EI ne sont pas mentionnés dans la procédure.
7	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	1.5.1.6 Remarque 7 : Le tableau des EI ne présente pas les faits pour chaque dysfonctionnement et ne permet pas d'en faire une analyse.
8	Gestion des ressources humaines	2.1.2.1 Remarque 8 : Aucune formation sur la qualification et la déclaration des EI/EIG n'est inscrite aux plans de formations.
9	Gestion des ressources humaines	2.1.4.5 Remarque 9 : Les plannings transmis à la mission ne permettent de voir les plannings réalisés et donc la proportion de personnel remplaçants (cf supra indicateurs ANAP).
10	Gestion des ressources humaines	2.1.4.2 Remarque 10 : Des fiches de postes transmises des AS et AV présentent des incohérences en termes d'horaires.

11	Gestion des ressources humaines	2.1.4.10 Remarque 11 : En absence de transmission des fiches de tâches heureées, la mission ne dispose pas d'éléments sur l'organisation de la prise en charge de nuit dans l'établissement.
12	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	3.1.3.3 Remarque 12 : Le document transmis ne précise pas la périodicité et les motifs justifiant la révision du PAI et l'absence d'un référent par résident ne permet pas la compréhension de la démarche de révision des besoins du résident et du PAI.
13	Soins	3.8.2.9 Remarque 13 : La convention entre l'EHPAD et l'officine ne mentionne pas les modalités de transmission des ordonnances.
14	Soins	3.8.2.22 Remarque 14 : Le protocole de délégation d'administration des médicaments ne reprend pas tous les éléments de bonnes pratiques contenus dans la procédure relative au circuit du médicament de l'établissement.
15	DASRI	Remarque 15 : La convention de collecte des DASRI n'est pas signée
16	Légionnelles	Remarque 16 : La direction doit s'assurer que l'ensemble des mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) sont réalisées régulièrement.
17	Légionnelles	Remarque 17 : La direction doit s'assurer la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD « Ma Maison Breteuil », géré par la Congrégation Petites Sœurs des Pauvres, a été réalisé à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

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

GOUVERNANCE

1. Conformité aux conditions d'autorisation :

- Un taux d'occupation conforme à la réglementation.

2. Management et Stratégie :

- Un trio de tête : directrice, IDEC, médecin coordonnateur en place dans l'établissement.

FONCTIONS SUPPORT

1. Gestion des ressources humaines :

- Un livret d'accueil complet.

PRISE EN CHARGE

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

- Une commission de coordination gériatrique en place.

2. Respect des droits des personnes :

- Un livret d'accueil complet en matière d'information sur les droits des résidents.

3. Soins :

- Des procédures relatives aux soins et à la prise en charge complètes.

Elle a également relevé [REDACTED] en matière :

Gouvernance :

- Management et Stratégie.
- Absence de projet d'établissement en vigueur.
- Temps de médecin coordonnateur insuffisant.

Animation et fonctionnement des instances :

- Les EI et dysfonctionnements ne sont pas présentés au CVS.

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables :

- La procédure de gestion des EI/EIG de l'établissement ne respecte pas les textes en vigueur.
- Certaines situations de maltraitance sont catégorisées comme EI et n'ont pas été signalées aux autorités.

Fonctions support :

- Gestion des RH.
- Absence de personnels soignants diplômées certains après-midi et une partie de la nuit.
- Glissement de tâches entre auxiliaires de vie et ASH.
- Manque de formation sur la déclaration des EI/EIG.

Prises en charge :

- Absence de révision annuelle des PAI de l'ensemble des résidents.
- Pas d'informations sur la tenue d'une évaluation gériatrique à l'entrée du résident dans l'établissement.
- Pas de pesées mensuelles pour le suivi nutritionnel des résidents.

Risques environnementaux :

- La convention de collecte des DASRI n'est pas signée.
- La désinfection des éléments de robinetterie n'est pas réalisée régulièrement.
- La direction ne s'assure pas que la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.

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

Saint Denis, le 28/08/2024

Dalhia ELENGA
Coordinatrice de la mission
Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale
Délégation Départementale de Paris
ARS Ile-de-France



Fanny REYNAUD
Chargée du contrôle des ESMS parisiens
Ville de Paris



Sylvie DRUGEON



Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



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

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

Affaire suivie par : Conrad Lajusticia

Courriel : [REDACTED]

N° de téléphone : [REDACTED]

Madame Dalhia ELENGA, coordinatrice de la mission, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

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

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

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

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

Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure du génie sanitaire, responsable du Pôle Santé Environnement, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Saint-Denis, le 7 juillet 2023

Mesdames, Monsieur

En février 2022, 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.

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur-pièces de l'EHPAD Ma Maison Breteuil (FINESS géographique 750831224) situé au 62 avenue de Breteuil – 75007 PARIS, géré par la Congrégation Petites Sœurs des Pauvres, qui sera mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

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

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

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

- Madame Dalia ELENGA, coordinatrice de la mission, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris ;
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de mission Secteur Personnes Agées, Délégation Départementale de Paris ;
- Docteur 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 de génie sanitaire, responsable du Pôle Santé environnement, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation Départementale de Paris.

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

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

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

Tanguy BODIN



Gaëlle TURAN-PELLETIER



Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces

Ma Maison Breteuil

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

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

