

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

« Marie-Thérèse »

277 boulevard Raspail, 75014 Paris

N° FINESS 75 080 300 9

RAPPORT DE CONTRÔLE

2023_IDF_00257

Contrôle sur pièces du 15 décembre 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
- Monsieur Frédéric MUSSO, responsable de la Mission Inspection des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désigné sur le fondement de l'article L. 133-2 du CASF par la Ville de Paris
- 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 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,

Accompagnée par

- Marc LEBRET, chargé 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

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	6
Contexte de la mission de contrôle	6
Modalités de mise en œuvre	6
Présentation de l'établissement	7
Constats	9
Gouvernance	10
Conformité aux conditions de l'autorisation	10
Management et Stratégie	10
Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS)	14
Gestion de la qualité	16
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	19
Fonctions support	21
Gestion des ressources humaines	21
Prises en charge	30
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	30
Respect des droits des personnes	32
Coordination avec les autres secteurs	36
Récapitulatif des écarts et des remarques	37
Conclusion	43
Glossaire	45
Annexes	46
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	46
Annexe 2 : Liste des documents demandés	47

Synthèse

Données générales sur l'établissement			
Nom	Marie-Thérèse	Capacité hébergement permanent	128
Adresse	277 boulevard Raspail	Places habilités aide sociale	128
Arrondissement	75014	Présence d'une UVP	Oui
Gestionnaire	Association Marie-Thérèse	Places en UHR	0
Statut juridique	Privé à but non lucratif	Places en PASA	14
L'établissement a signé un CPOM en 2020.			
<u>Éléments déclencheurs de la mission</u> Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC). Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan, dans un calendrier prenant en compte la date prévisionnelle de signature du CPOM, l'EHPAD étant classé dans une catégorie de risque limité ne justifiant pas d'emblée d'un contrôle sur place (inspection).			
<u>Méthodologie suivie et difficultés rencontrées</u> Le contrôle a été lancé le 8 décembre 2023 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé à la même date. La délégation départementale de l'ARS et le conseil départemental ont été informés du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision. L'analyse a porté sur les constats faits uniquement sur pièces. La quasi-totalité des documents demandés a été transmise par la Direction de l'établissement et dans les délais impartis. Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et les principaux points forts et remarques ont porté sur les thématiques suivantes :			
<u>Points forts de l'établissement relevés par la mission</u> GOUVERNANCE - Conformité aux conditions d'autorisation - Un taux d'occupation conforme à la réglementation - Management et Stratégie - Présence d'une équipe directeur/médecin-coordonnateur/IDEC au sein de l'établissement			
<u>Principaux écarts et remarques constatés par la mission :</u> - L'inscription à l'Ordre National Infirmier de l'IDEC n'a pas été transmise - Tous les EIG et solutions correctives mises en place n'ont pas été présentés au CVS - Les dysfonctionnements graves et événements indésirables graves ne sont pas caractérisés clairement dans la procédure de l'établissement ce qui peut empêcher l'identification de ces différentes situations, leur déclaration ainsi que la mise en place de leur traitement - L'établissement ne signale pas tous les événements indésirables et les dysfonctionnements graves aux autorités compétentes - Les effectifs totaux de l'établissement ne sont pas conformes aux objectifs fixés dans le CPOM. L'équipe de l'établissement n'est pas stabilisée et le recours à de nombreux CDD en fragilise la cohésion - Le taux d'encadrement en IDE est trop faible par rapport aux critères ARS contractualisés dans le CPOM et IDE sont à recruter pour postes existants			

- Le type de toilettes n'est pas précisé dans les fiches de tâches heurées. Les toilettes au lit et complètes sont des actes de soin, contrairement à l'accompagnement à la toilette, ce qui suppose des glissements de tâches
- La mission ne peut établir la tenue d'une évaluation gériatrique du résident au moment de l'admission
- Seulement la moitié des résidents disposaient d'un projet d'accompagnement personnalisé valide au jour du contrôle
- L'établissement n'a pas transmis d'élément permettant à la mission de vérifier qu'au moins une évaluation annuelle de la douleur est faite pour les résidents de l'EHPAD..
- Le recours aux contrats à durée déterminée, par rapport aux effectifs permanents, est excessif
- L'établissement ne propose de formation à la bientraitance et au repérage de la maltraitance
- La procédure d'admission de l'établissement ne mentionne pas la participation du médecin coordonnateur à l'admission et ne précise pas si un entretien médical préalable à l'entrée est organisé.
- La mission constate le nombre important de résidents suivis par le médecin coordonnateur [REDACTED] [REDACTED] alors que ce n'est pas sa mission première et que tous les résidents ne disposent pas d'un médecin traitant.

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 « Marie-Thérèse », situé au 277 boulevard Raspail, 75014 Paris, FINESS n°750803009, 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

Modalités de mise en œuvre

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

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 8 décembre 2023. Un e-mail a été transmis à la direction le même jour 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 [REDACTED] ainsi que [REDACTED] qui ont été utilisés pour la transmission des documents,
 - o et de dépôt de documents (réponse au questionnaire, éléments probants).

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

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

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

Présentation de l'établissement

Située au 277 boulevard Raspail, l'établissement Marie-Thérèse est un EHPAD géré par l'association Marie-Thérèse, situé à la même adresse.

L'historique de l'établissement est le suivant :

- autorisation d'ouverture au public par arrêté du Préfet de Police du 14 juin 1982,
- autorisation de création d'une section de cure médicale de 11 places par arrêté du Préfet de Région du 14 octobre 1982,
- agrément au titre de l'aide sociale aux personnes âgées par Convention du 20 avril 1984, avec effet au 1er janvier 1984,
- autorisation de porter la capacité de la section cure médicale à 26 places par arrêté du Préfet de Région du 19 août 1987,
- autorisation d'extension de la Maison de Retraite à 123 places au total dont 46 en section de cure médicale par arrêté du Préfet de Région du 20 décembre 1989,
- autorisation d'exploitation décret du 19 juin 2014 avec une autorisation d'extension à 128 chambres en 2015.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR du 28 mai 2019, le GMP de l'établissement s'élève à [REDACTED] et le PMP s'élève à [REDACTED]. Aussi, le GMP et le PMP de l'EHPAD sont en-dessous de la moyenne des chiffres médians régionaux¹

Les 124 résidents accueillis au moment du contrôle étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
Marie Thérèse (au jour du contrôle)	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Marie Thérèse ²	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
IDF ³ 2021	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Le budget de fonctionnement (hors hébergement, car non communiqué par l'établissement) est de 1 505 354,79 € en 2022, dont 371 938,00 € au titre de la dépendance et 2 079 420,85 € au titre du soin.

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

² Données tirées du 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	Marie-Thérèse		
Nom de l'organisme gestionnaire	Association Marie-Thérèse		
Numéro FINESS géographique	750803009		
Numéro FINESS juridique	750803009		
Statut juridique	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	128	
	HT ⁵		
	UVP ⁶	14	
	PASA ⁷	14	
	UHR ⁸		
	UPHV ⁹		
	AJ ¹⁰		
	AN ¹¹		
	PFR ¹²		
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	128		

⁴ Hébergement permanent⁵ Hébergement temporaire⁶ Unité de vie protégée / unité protégée⁷ 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	Au jour du contrôle, ■ résidents sont installés dans l'établissement soit ■ % de taux d'occupation. L'établissement est donc au-dessus des ■ %. L'établissement a transmis les éléments relatifs au taux d'occupation du PASA pour l'année 2022 et pour le jour du contrôle. Pour 2022, le taux d'occupation annuel est de ■ % et au jour du contrôle il était de quasiment ■ % Répartition des résidents en fonction du GIR La proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 est de ■ % et celle des résidents dans les GIR 1 à 2 est de ■ %. Ces proportions sont donc conformes à la réglementation.	

Commentaire complémentaire

Management et Stratégie

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Le règlement de fonctionnement		
1.2.1.1	L'établissement a transmis un règlement de fonctionnement. Celui-ci n'est pas daté et ne fait pas mention d'une consultation du CVS.	Ecart 1 : La mission ne peut s'assurer que le règlement de fonctionnement de l'établissement soit valide et que le CVS ait été consulté avant promulgation ce qui contrevient à l'article L311-7 du CASF.
Le contenu du règlement de fonctionnement		
1.2.1.2	Le règlement de fonctionnement contient les éléments suivants : -La mention des droits des personnes prises en charge	Ecart 2 : Le contenu du règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R311-35, R311-36 et R311-37 du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	-Les éléments relatifs à l'organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation -Les éléments relatifs à la sûreté des personnes et des biens -Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle -L'organisation des soins -Les modalités de transferts et déplacements -La délivrance des prestations offertes à l'extérieur -Les règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs -Les temps de sorties autorisées, ainsi que les procédures de signalement déclenchées en cas de sortie non autorisée Le règlement de fonctionnement ne mentionne pas : les modalités d'association des familles, les modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, les sanctions des faits de violence sur autrui,	
1.2.1.4	<u>Le projet d'établissement</u> L'EHPAD a transmis son projet d'établissement 2023-2028. Celui-ci n'est pas signé par l'organisme gestionnaire et ne mentionne pas une validation préalable du CVS. <u>Le contenu du projet d'établissement</u> Le projet d'établissement contient les éléments suivants : -La présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement) -La présentation des enjeux et mission -Les caractéristiques des personnes accueillies -La nature de l'offre de service et organisation -Le management de l'EHPAD -Le projet social et logistique -La personnalisation des projets d'accompagnements personnalisés -Le projet général de soins incluant la prise en charge médicamenteuse élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante -Bienveillance et prévention maltraitance -Le projet d'animation -Les perspectives d'évolution et de développement -Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs Le contenu du projet d'établissement est donc conforme à la réglementation.	Remarque 1 : Le projet d'établissement n'est pas signé par l'organisme gestionnaire et ne mentionne pas une validation préalable par le CVS.
1.2.1.5		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.6	<u>Le plan bleu</u> L'établissement a transmis un plan bleu, mis à jour en novembre 2023 et communiqué à l'ARS, ainsi qu'un plan de continuité d'activité. Il porte sur : le cadre réglementaire, les modalités de mise à jour du plan bleu, la présentation de l'établissement, les contacts de la cellule de crise et externes, la capacité d'accueil, la cartographie des risques, les missions de la cellule de crise, le déclenchement du plan bleu, les signalements à faire à l'ARS, le matériel et l'équipement d'urgence, la mise à jour des documents obligatoires ainsi que la composition de la mallette d'astreinte. L'établissement n'a pas transmis les procédures d'actions comportant les mesures à prendre en cas de réalisation d'un risque (canicule, enneigement, panne informatique, ...).	Ecart 3 : L'établissement n'a pas transmis les procédures d'actions en cas de réalisation d'un risque ce qui contrevient 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).
1.2.2.1	<u>Directeur de l'établissement et organigramme de la structure</u> Un directeur est en poste dans l'établissement à hauteur [REDACTED] L'établissement transmet un organigramme qui comporte les noms, photos et ETP du personnel de la structure. L'organigramme ne traduit pas les liens hiérarchiques et fonctionnels.	Remarque 2 : L'organigramme de l'établissement ne fait pas apparaître les liens hiérarchiques et fonctionnels.
1.2.2.6	<u>Fiche de poste/Lettre de mission du directeur</u> Aucune fiche de poste ou lettre de mission n'a été transmise.	Remarque 3 : Aucune fiche de poste ou lettre de mission n'a été transmise à la mission.
1.2.2.7	<u>Diplômes du directeur</u>	
1.2.2.8	L'établissement a transmis les diplômes du directeur de l'EHPAD qui sont conformes à la réglementation. <u>Astreintes administratives</u>	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'établissement a transmis une procédure d'astreinte signée en date du 15 décembre 2023. Les astreintes sont mutualisées entre le directeur, l'IDEC, le responsable d'hébergement et ponctuellement le responsable administratif. La mallette d'astreinte est disponible en version papier et en support numérique. Le planning transmis porte sur novembre, décembre et janvier et indique le jour de début et de fin pour la période d'astreinte ainsi que le nom de la personne désignée pour la semaine. Délégation de pouvoirs Un document unique de délégation « au bénéfice du directeur de la maison de retraite Marie Thérèse » a été transmis. Il est signé et paraphé par le directeur en poste au moment du contrôle. Les missions déléguées concernent : la conduite de la définition et de la mise en œuvre des projets d'établissement ou de service, la gestion et animation des ressources humaines, la gestion budgétaire, financière et comptable en application des articles R314-9 à R314-55 ainsi que la coordination avec les institutions et intervenants extérieurs. Présence et qualifications de l'IDEC L'établissement a transmis le contrat de travail signé de l'IDEC, la fiche de poste d'infirmière coordinatrice. L'inscription à l'Ordre National Infirmier de l'IDEC n'a pas été transmise. Présence et temps de travail du médecin-coordonnateur Une médecin coordinatrice est présente dans la structure à hauteur de [REDACTED] ETP ce qui est un temps de présence conforme à la réglementation. Le contrat signé a bien été transmis. Qualifications du médecin-coordonnateur L'établissement a transmis la fiche de poste du médecin coordonnateur, ses diplômes et qualifications, son inscription à l'Ordre des Médecins ainsi que son dernier bulletin de salaire.	Ecart 4 : L'inscription à l'Ordre National Infirmier de l'IDEC n'a pas été transmise ce qui contrevient à l'article L.4312-1 du CSP.
1.2.2.10		
1.2.2.12		
1.2.2.14		
1.2.2.15		

Commentaire complémentaire

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.3.3.1	Le Conseil de la Vie Sociale Un CVS est en place dont le règlement intérieur date d'avril 2019. L'article 3 du règlement prévoit des élections tous les 3 ans. Les documents transmis ne permettent pas d'identifier la date de la dernière élection. Selon son Règlement Intérieur, le CVS comprend : - 4 représentants des résidents - 2 représentants du personnel - 2 représentants des familles ou des proches des résidents - 1 représentant de l'Ehpad : le Père Supérieur nommé par l'Archevêque Le règlement « approuve la participation de la Directrice adjointe, du Medco et de l'Idéc ». Des invités sont présents à certaines réunions, par exemple : • [REDACTED] • [REDACTED] • [REDACTED] Le médecin coordonnateur de l'établissement et un représentant des membres de l'équipe médico-soignante doivent être membres du CVS. Un représentant des bénévoles doit être membre du CVS (Décret n°2022-688 article 1). Un représentant des personnes sous protection doit siéger au CVS. [REDACTED] [REDACTED] Il n'en est pas fait mention dans les comptes rendus (CR) des CVS transmis. Les CR fournis sont rédigés par un secrétaire désigné parmi les résidents Ils ne distinguent pas, parmi les membres présents, ceux avec voix délibérative de ceux avec voix consultative. Des invités ou bien des experts peuvent en effet participer au CVS, après accord de ses membres, avec voix consultative. Le règlement fait mention d'un vice-président dont la présence n'apparaît pas dans les CR. Les CR de CVS ne font pas mention de l'approbation du compte rendu du CVS précédent. Celle-ci doit être le 1^{er} point de l'ordre du jour.	Ecart 5 : Il n'a pas été possible de déterminer la date de la dernière élection et la composition du CVS décrite dans le règlement intérieur est non conforme à l'article L311-5 du CASF. Ecart 6 : Un secrétaire de séance n'est pas désigné dans les comptes rendus fournis ce qui contrevient à l'article D311-20 du CASF. Remarque 4 : Le compte rendu de la dernière réunion du CVS doit être approuvé lors la réunion suivante. Il doit être signé par le président et le secrétaire.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les comptes rendus des CVS ne sont pas signés. Il n'est pas fait mention, dans les comptes rendus du CVS transmis, de l'approbation du règlement. Celui-ci doit être approuvé lors de la 1^{ère} réunion du CVS suivant l'élection de ses membres et signé par le Président. Les ordres du jour sont fixés par le Président. « Le contenu des délibérations est transmis à chacun des membres du CVS, au CA de la Maison et à ceux qui le demandent. Des exemplaires sont mis à disposition de ceux qui le désirent [REDACTED] » Thèmes abordés par le CVS : - Vie de la Maison : travaux, santé générale (Covid), restauration, hôtellerie, cafétéria, lingerie, ménage, commissions, - Personnel : mouvements de départ et d'arrivée, congés-maladies - Résidents : demandes et plaintes, vols, enquêtes de satisfaction, service [REDACTED] - Projets : intergénérationnel [REDACTED], solidarité internationale, participation au Projet d'Établissement Le règlement indique qu'il doit se réunir 3 fois par an. La Mission constate que le CVS se réunit régulièrement. Le règlement intérieur doit être actualisé et voté à chaque nouvelle installation du CVS. La Mission n'est pas en état de vérifier que le règlement a bien été approuvé lors de 1^{ère} réunion suivant l'élection.	
1.3.32	Présentation des EI et dysfonctionnement en CVS Des EIG, EI et dysfonctionnements sont présentés lors des CVS. Dans les documents transmis, il a été possible de constater la communication d'un EIG concernant [REDACTED] Des EI ou dysfonctionnements ont été communiqués au CVS :	Ecart 7 : Tous les EIG n'ont pas été présentés au CVS, ce qui contrevient à l'article R331-10 CASF. Ecart 8 : Les solutions correctives, mises en place à la suite des EIG, n'ont pas été présentées au CVS. Référence : Article L331-8-1 CASF

Commentaire complémentaire

Gestion de la qualité

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.4.1.7	Plan d'amélioration continue de la qualité Le Plan Qualité transmis sur la période 2023-2024, est non daté et accompagné de 2 notes d'engagement signées du directeur, présentant d'une part les « Engagements Qualité de la Maison » et d'autre part les « Engagements à l'amélioration continue de la Qualité de Vie au Travail ». « Ces engagements sont affichés dans l'établissement ». Un Responsable Qualité, dédié exclusivement à ce sujet, a été nommé [REDACTED] « Un engagement sur la mise en place d'une stratégie d'amélioration continue de la qualité a été adopté au Conseil d'Administration et au Comité de Direction en mai 2023. Une 1ère mission sur les 18 critères impératifs du nouveau référentiel HAS a été réalisée entre mai et août 2023 ». Il ne ressort pas de la lecture du Plan Qualité qu'il prend en compte les résultats de la mission sur le nouveau référentiel HAS. Des « autodiagnostic » ont été réalisés en octobre-novembre 2023 portant sur les thèmes : « sécurisation des bâtiments, DARDE, DAMRI, questionnaire bienveillance auprès des salariés et plan de prévention, Interdiag Médicaments ». Un cabinet spécialisé est « désigné parmi les diverses structures habilitées en Ile-de-France », pour la contractualisation de la visite d'évaluation prévue « entre août et octobre 2024 ». Il n'est pas fait mention d'un COPIL dédié au suivi de la Qualité, mais le document indique que « le suivi des événements indésirables, la prise en compte des questions de qualité a lieu chaque semaine en CODIR, et lors des réunions avec l'ensemble du personnel » dont la fréquence n'a pas été communiquée. La restauration est externalisée et a fait l'objet de plusieurs dysfonctionnements dans le passé signalés dans les compte rendus des CVS. Concernant les prestations effectuées en sous-traitance, il n'a pas été transmis d'information sur le cahier des charges ni sur l'évaluation. Le ménage et la lingerie sont réalisés par des salariés. Évaluations interne et externe La dernière évaluation externe transmise est datée du 22 décembre 2014. Elle avait été envoyée au Conseil Départemental et à l'ARS. Une évaluation interne a été réalisée en juillet 2019, à l'aide de [REDACTED]. Des Fiches Action sont mentionnées en dernière page mais n'ont pas été communiquées. Une enquête de satisfaction des résidents, mais pas des familles, a été réalisée en avril 2023. Le taux de réponse est de [REDACTED] %.	Remarque 5 : Il ne ressort pas à la lecture du Plan Qualité qu'il prend en compte les résultats de la mission sur le nouveau référentiel HAS ; Remarque 6 : L'évaluation des prestations de restauration, effectuées en sous-traitance, n'a pas été communiquée. Ecart 9 : L'enquête d'évaluation externe doit être réalisée au minimum tous les 5 ans. Référence : Article D312-204 du CASF Remarque 7 : Les familles ne sont pas consultées dans les enquêtes de satisfaction.
1.4.2.1		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Un « Questionnaire Sécurité », portant sur la sécurité, le signalement des EI et le management de l'établissement, a été administré auprès des salariés en juin-juillet 2022. La Convention Tripartite Pluriannuelle de 2015 mentionnait la nécessité d'une démarche d'évaluation continue, avec une synthèse annuelle des actions engagées et des résultats obtenus. Le CPOM 2020-2024 ne reprend pas cette disposition.	Remarque 8 : Le niveau de satisfaction concernant [REDACTED] sont peu élevés Ces points méritent une analyse approfondie. Remarque 9 : Les documents transmis ne contiennent pas de suivi de mise en œuvre de plan qualité.
1.4.3.1	Politique de la bientraitance / lutte contre la maltraitance Le besoin en formation sur la bientraitance est cité dans l'Évaluation externe de 2014. Le CPOM 2020-2024 indique que la formation en matière de bientraitance n'a pas encore eu lieu (p 25 et 26). La formation [REDACTED] destinée à tout le personnel soignant, est donnée en objectif (p 29). Il n'a pas été indiqué qu'elle a eu lieu. Le Livret d'accueil reprend les éléments de communication du Ministère des solidarités et de la Cohésion Sociale avec des éléments de définition de la maltraitance, le n° à appeler (le 3977) par les différents utilisateurs : résidents, témoins et soignants (pages 56-57). Le Projet d'Établissement 2023-2028, daté de décembre 2023, comporte le paragraphe 5.2.8.7. : « une auto-évaluation des personnels sur la bientraitance sous forme de questionnaires a été effectuée en juillet 2023 et commentée lors de réunions en novembre 2023 ». Les résultats de l'auto-évaluation n'ont pas été communiqués par l'établissement.	Remarque 10 : Les résultats de l'auto-évaluation des personnels sur la bientraitance n'ont pas été communiqués.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	« L'équipe a eu une formation sur [REDACTED] en 2022 » qui vise à maintenir les personnes âgées autonomes. Cette [REDACTED] s'appuie sur 5 principes : stimuler les capacités préservées ; répondre aux goûts et besoins individuels ; créer un environnement favorable ; utiliser tous les sens ; intégrer une communauté (cf. [REDACTED]). « Des groupes d'analyse de pratiques professionnelles ont été proposés aux salariés qui le souhaitent ». Le Plan d'Amélioration de la Qualité de décembre 2023 mentionne également un « Questionnaire Bienveillance » administré en octobre-novembre 2023 dont les résultats n'ont pas été transmis et n'apparaissent pas explicitement dans ce plan. Le programme de formation 2024, non daté, mentionne 5 formations externes. Le programme ne mentionne pas de formation concernant la bienveillance ni la maltraitance. Il n'a pas été transmis de protocole sur la maltraitance (Articles L119-1 et L311-3 du CASF). Le rôle du médecin coordinateur sur le sujet n'apparaît pas.	Remarque 11 : L'établissement ne dispose pas de protocole sur la bienveillance et la lutte contre la maltraitance.
1432	<u>Procédure en cas de violence/harcèlement sexuel</u> Il n'est pas fait mention d'une procédure spécifique aux situations de violences ou de harcèlements sexuels. Ces violences correspondent à des EIG qui peuvent s'intégrer dans une procédure dédiée, qui prévoit un signalement aux autorités compétentes et/ou au Procureur de la République. Une procédure de déclaration des EIG a bien été mise en place, mais ceux-ci ne sont pas transmis.	Ecart 10 : L'établissement n'a pas appliqué la procédure de déclaration des EIG, notamment la déclaration à l'ARS et la Ville de Paris. Référence : Article L 331-8-1 du CASF et arrêté du 28/12/2016

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.4.3.3	Procédure de signalement en cas d'agression Il n'est pas fait mention d'une procédure spécifique aux agressions. Celles-ci correspondent à des EIG qui peuvent s'intégrer dans une procédure dédiée [Cf. Q05] qui prévoit un signalement aux autorités compétentes et/ou au Procureur de la République.	Remarque 12 : L'établissement ne dispose pas de procédure relative aux cas d'agression.

Commentaire complémentaire

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.5.1.1	Enregistrement, traitement et suivi des plaintes/enquêtes de satisfaction L'établissement a transmis une photo légendée expliquant qu'un registre de maintenance est en place et qu'il contient parfois des plaintes et réclamations qui sont systématiquement traitées sans traçabilité écrite. Un responsable qualité a été recruté [redacted] et [redacted] travaille sur la formalisation de la démarche de traitement des plaintes.	
1.5.1.3	Déclaration des EI/EIG L'établissement a transmis deux procédures : la première porte sur le signalement des actes de maltraitance et la seconde sur la gestion des demandes, plaintes et événements indésirables. La procédure portant sur le signalement des actes de maltraitance, validée le 12 juin 2023, présente des exemples de cas de maltraitance ainsi qu'une échelle de gravité des actes jugés maltraitants. La procédure précise que tout cas de maltraitance observé doit être signalé à son supérieur hiérarchique ou le directeur de l'établissement et que le déclarant ne peut pas subir de sanction en raison de son signalement. Les cas remontés sont analysés en CODIR qui s'assure de la mise en place d'actions d'accompagnement et de soutien aux victimes. Le CVS et les salariés sont également informés, une réunion d'équipe est mise en	Ecart 11 : Les dysfonctionnements graves et événements indésirables graves ne sont pas caractérisés clairement dans la procédure de l'établissement ce qui peut empêcher l'identification de ces différentes situations, leur déclaration ainsi que la mise en place de leur traitement ce qui contrevient aux articles L.331-8-1, R.331-8 et R331-9 du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	place avec un groupe de parole et de soutien si nécessaire. Sont ensuite adjoints en annexe, des processus synthétiques de déclaration des actes de maltraitance, de la suspicion de l'acte jusqu'au dépôt de plainte ainsi qu'un modèle de lettre de signalement au Procureur de la République. Pour la procédure portant sur la gestion des demandes, plaintes et événements indésirables, validée le 12 mars 2023 et mise en application à partir du 14 décembre 2023, présente les caractéristiques de ces trois qualifications et comment l'établissement les traite. Que ce soit pour les demandes, les plaintes ou les EI, l'établissement l'enregistre sur un support physique, fiche de signalement des plaintes, et/ou sur le logiciel de l'établissement. La déclaration est transmise au secrétariat qui l'enregistre et les transmet au CODIR pour traitement et enregistrement des actions curatives et correctrices mises en place. Si la déclaration présente un caractère de gravité, une déclaration est faite à l'ARS en tant qu'EIG. Les dysfonctionnements graves et les événements indésirables graves ne sont pas inclus dans la procédure alors qu'ils sont à déclarer aux autorités administratives.	
1.5.1.5	<u>Analyses et suivi des E/I/EIG</u> D'après la procédure transmise, en cas d'EI signalé, la fiche de plainte est transmise au responsable du service concerné pour qu'il identifie les causes et propose des mesures correctrices et curatives. Le CODIR traite en suite l'EI et constate la clôture de l'évènement. L'établissement a transmis une liste d'EI pour 2022 et 2023. [REDACTED] Le recensement des EI précise : la personne concernée, la date du signalement et celle de l'évènement, le déclarant, la catégorie de l'EI, le lieu où il est survenu, le niveau de gravité, la description de l'évènement, ses conséquences, les mesures prises, s'il y a eu intervention de l'astreinte, le référent pour cet EI, le statut de l'EI et l'historique/suivi. Si la déclaration, la retranscription de l'EI et les mesures immédiates mises en place pour gérer l'évènement sont bien retranscrites, la mission note que la rubrique « historique/suivi » ne fait que rarement figurer des éléments de suivis post-EI et se contente de mentionner quand et par qui l'évènement a été clos.	
1.5.1.6	<u>Signalements et transmission des RETEX</u> [REDACTED]	Ecart 12 : L'établissement ne signale pas les événements indésirables et les dysfonctionnements graves aux autorités compétentes ce qui contrevient aux articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	[REDACTED] Les retours d'expériences fournis sont donc complets. Toutefois, la mission s'interroge également sur la classification de certains événements comme EI et non comme EIG dans les listes fournies. [REDACTED] [REDACTED]	

Commentaire complémentaire

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.1	<u>Les effectifs</u> Pour une capacité de 128 chambres et selon le tableau des effectifs 2023, l'établissement dispose de : • [REDACTED] • [REDACTED] • [REDACTED] • [REDACTED] • [REDACTED] • [REDACTED] • [REDACTED] • [REDACTED]	Ecart 13 : Les effectifs totaux de l'établissement ne sont pas conformes aux objectifs fixés dans le CPOM. L'équipe de l'établissement n'est pas stabilisée et le recours à de nombreux CDD en fragilise la cohésion. Référence : Article L311-3, 1° du CASF Ecart 14 : Le taux d'encadrement en IDE est trop faible par rapport aux critères ARS contractualisés dans le CPOM [REDACTED] Référence : Article L311-3 du CASF

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	[REDACTED]	Remarque 13 : La « répartition des tâches IDE » est non datée et le rédacteur du document n'est pas indiqué.
	L'appellation VAC ne reflète pas que le personnel a une qualité de vacataire. Concernant le temps médical, le temps de présence du Medec est [REDACTED] conforme à la réglementation.	Ecart 15 : Le temps effectif de médecin coordonnateur en ETP [REDACTED] est [REDACTED] non conforme en raison de la charge de temps de médecin traitant exercée. Référence : Article D312-156 du CASF
	Le Medec est également médecin prescripteur [REDACTED] Ce temps est insuffisant au regard de la norme [REDACTED] L'établissement souhaite recruter un temps [REDACTED] médecin généraliste. Il n'est pas précisé s'il est prévu pour ce médecin de fonctions de médecin traitant ou de médecin coordonnateur. L'article D 312-156 n'autorise pas l'établissement à recruter plus d'un médecin coordonnateur en raison du nombre de places autorisées.	Remarque 14 : Le tableau des effectifs ne fait pas apparaître d'ASG.
	Charge en soins pour IDE [REDACTED] La « répartition des tâches IDE » est non datée et le rédacteur du document n'est pas indiqué.	
	Charge en dépendance par AS/AES [REDACTED] Cette charge permet un encadrement pour une prise en charge de qualité du résident.	
	L'appellation Garde-Malade n'est pas définie. Concernant l'UVP [REDACTED] le livret d'accueil indique que « l'équipe est renforcée [REDACTED] avec un membre de l'équipe toujours présent. [REDACTED] psychologue, [REDACTED] ergothérapeute y interviennent régulièrement ». Il n'a pas été possible de le vérifier de manière fiable sur le planning fourni par l'établissement.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Concernant le PASA [REDACTED] le livret d'accueil indique que « ASG assurent l'accompagnement des résidents. [REDACTED] psychomotricienne qui coordonne le pôle [REDACTED] de psychologue et [REDACTED] ergothérapeute renforcent l'équipe ». Une formation d'ASG a été indiquée dans le Plan de développement des compétences, mais la qualification d'ASG n'apparaît pas dans le tableau des effectifs transmis par l'établissement.	
2.1.13	<u>L'absentéisme et rotation des personnels</u> Les documents fournis indiquent les noms des entrants chaque mois, avec les mentions « RI et RD » que la mission comprend comme CDI et CDD puisqu'il n'y a pas de date de sortie pour les RI.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'ERRD 2022	
2.1.1.6	Le recrutement en contrat à durée déterminée Part des CDD : le planning ne comporte pas de légende, ce qui ne permet pas d'y estimer leur part de manière fiable. Le recrutement intermédiaire apparaît seulement pour les IDE sur le planning.	Remarque 15 : Le recours aux contrats à durée déterminée, par rapport aux effectifs permanents, est important.
2.1.2.1	Le plan de développement des compétences	Remarque 16 : Les données fournies ne permettent de déterminer pour l'ensemble des formations proposées : les différentes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le personnel a eu accès en 2022 et 2023 à des formations en interne et en externe, destinée aux « équipes A et B ». Il n'est pas précisé qui sont membres des équipes A et B et il n'y pas de liste nominative de participants. Les jours de formation sont précisés, mais pas la durée en heures des formations. Elles ont eu pour thème : Formations externes : - Sanitaires : déglutition, SOS Oxygène, hygiène, hygiène bucco-dentaire, grippe, appareils auditifs, douleur - Techniques : geste et postures, nettoyage vapeur, incendie, logiciel [REDACTED] et [REDACTED], hygiène et bionettoyage - Autres : les troubles du comportement, [REDACTED], l'accompagnement des familles. - Formations diplômantes : elles ont concerné 3 personnes en 2022-2023 : [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] Formations internes dispensées : - Sanitaires : initiation à la psychomotricité, pathologies du vieillissement, grippe, canicule, les constantes, la chute, le clostridium difficile, l'incontinence - Techniques : les fauteuils roulants, le linge Le Medco assure elle-même les formations sur le plan de soins, la grippe et la canicule. Le rôle du Medco dans l'élaboration du plan de formation est mentionné dans le RAMA. Les formations touchent une large catégorie de personnels y compris les personnels de ménage, agents administratifs et de maintenance. Il n'est pas précisé si toutes les formations ont lieu en présentiel. Un plan de formation pour 2024 a été transmis. Il comprend 5 axes : - La communication positive pour favoriser le dialogue entre les équipes - L'animation en UVP - L'optimisation des transmissions ciblées - L'utilisation du logiciel RH (la badgeuse et la migration vers « [REDACTED] » sont citées) - Le bionettoyage	catégories de personnel, les salariés concernés et le nombre d'heures. Remarque 17 : L'établissement ne propose de formation à la bientraitance et au repérage de la maltraitance.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	En janvier 2024, des formations en interne ont eu lieu sur les EI et EIG, ainsi que sur les réunions institutionnelles assurées respectivement par le responsable qualité et le directeur. Les thèmes de la bientraitance ou de la maltraitance ne sont pas mentionnés parmi les thèmes abordés. L'établissement a proposé une formation à [REDACTED] en 2022 qui a concerné [REDACTED] personnes. Cette [REDACTED] inclut les thématiques suivantes : stimuler les capacités préservées ; répondre aux goûts et besoins individuels ; créer un environnement favorable ; utiliser tous les sens ; intégrer une communauté.	
2.1.2.5	<u>Le livret d'accueil</u> Il existe un livret d'accueil, mais qui s'adresse aux résidents. L'établissement n'a pas transmis de procédure relative à l'accueil et à l'accompagnement des nouveaux salariés, ni de livret d'accueil à destination des nouveaux salariés. <u>Les plannings</u> L'établissement a transmis les plannings des mois de novembre (réalisé), décembre (en cours) et janvier (prévisionnel). L'absence de légende du planning ne permet pas d'en avoir une lecture fiable. Le planning est organisé par services : • Services administratifs ; Hôtellerie ; Infirmerie ; Med et Paramédical • UVP [REDACTED] • Service de Nuit [REDACTED] • Services par Bâtiment et sur 2 étages pour les AS et Auxiliaire : ○ [REDACTED] : étages 0 et 1 ; étages 2 et 3. ○ [REDACTED] : étages 2 et 3 ; étages 4 et 5. Des fiches indiquant les horaires des AS et Auxiliaires, ceux des IDE et les horaires de nuit ont également été transmises. Les AS et les Auxiliaires sont répartis en 2 groupes d'horaires : [REDACTED]	Remarque 18 : L'établissement n'a pas transmis de procédure relative à l'accueil et à l'accompagnement des nouveaux salariés ni de livret d'accueil destiné aux nouveaux salariés. Remarque 19 : Le planning ne comporte pas de légende, ce qui ne permet pas de le comprendre de manière fiable. Remarque 20 : Le planning doit pouvoir également être compris par le personnel nouvellement embauché. Remarque 21 : Les outils de suivi du personnel, les modalités des transmissions doivent être complètes, lisibles et mises à jour
2.1.4.5		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les IDE sont répartis en 2 groupes d'horaires : [REDACTED] La nuit, la prise de poste des AS et des Auxiliaires s'effectue à [REDACTED]. Les rondes sont obligatoires toutes les 3 heures : [REDACTED]. L'heure de la fin des postes de nuit n'est pas indiquée. Les horaires des transmissions sont indiqués : [REDACTED]	
2.1.4.2	<u>Les fiches de tâches heurées</u> Pour les AS et les Auxiliaires, les journées types de travail, version juillet 2020, ont été transmises. Elles font apparaître des listes de tâches par tranche horaire. Les tâches sont identiques à l'exception de « distribution goûter/change/animation » pour les AS et « bionettoyage » pour les auxiliaires. Il n'est pas indiqué quelle est la qualification des Auxiliaires. AS Auxiliaires	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Pour les IDE, des listes de tâches (non datées) ont été transmises par tranche horaire, avec notamment la préparation, la distribution des traitements, et les transmissions. Les tâches incluent la préparation et la distribution des traitements et de la glycémie pour les diabétiques, la pose des perfusions, les transmissions, la prise en soin des résidents avec Netsoins pour support, la prise de rdv extérieurs, la commande de dispositifs médicaux et d'ambulances, la préparation des enveloppes, la mise à jour des résidents qui mangent en chambre. Pour le travail de nuit, des listes de tâches (non datées) avec des repères horaires ont été transmises. L'horaire de fin de service de nuit n'est pas précisé.	
	Pour l'UVP Foyer Soleil (14 places), un planning des activités a été transmis. Les tâches incluent l'accompagnement au petit-déjeuner, à la toilette et à l'habillage, à la messe ou à une activité autonome, l'accompagnement au déjeuner, au temps calme qui suit, la participation aux réunions et aux transmissions, la conduite aux activités récréatives et activités autonomes, la préparation du goûter, l'accompagnement au dîner puis aux activités calmes jusqu'au coucher. Concernant le PASA, [redacted] le planning avec les activités correspondantes des ASG a été transmis.	
	Un numéro de téléphone mobile d'astreinte est à la disposition du personnel. Les tâches au PASA comprennent la lecture des transmissions, la préparation du temps d'accueil et des ateliers, puis leur réalisation le matin et l'après-midi, la gestion des groupes allant à la messe ou ayant une activité flash (point sur l'actualité),	

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	l'accompagnement au repas, une pause d'une demi-heure, la gestion du temps calme, le service du goûter, l'accompagnement des résidents à l'endroit de leur choix, le rangement, les évaluations et transmissions.	
2.1.4.4	<u>Le glissement de tâches</u> La différence entre les journées type de travail des AS et des Auxiliaires porte sur le bionettoyage, effectué par les Auxiliaires, et la « distribution goûter/change/animation » effectué par les AS. Il n'est pas précisé si les toilettes sont effectuées au lit (acte de soin), sont complètes (acte de soin) ou s'il s'agit d'une aide à la toilette (qui n'est pas un acte de soin).	Remarque 22 : La liste des tâches pour les garde-malades n'a pas été transmise. Ecart 16 : Le type de toilettes n'est pas précisé dans les fiches de tâches horaires. Les toilettes au lit et complètes sont des actes de soin, contrairement à l'accompagnement à la toilette, ce qui suppose des glissements de tâches. (Références : Article L.311-3 1° du CASF, Article R4311-5 du CSP)
2.1.4.7	<u>La gestion des absences imprévues</u> Une procédure de remplacement datée du 14/12/2023 a été transmise. [REDACTED]	
2.1.4.10	<u>La qualification du personnel de nuit</u> Le planning transmis ne permet pas de vérifier de manière fiable que [REDACTED] AS et [REDACTED] Auxiliaires sont présentes systématiquement pour assurer le service de nuit [REDACTED]. Cet effectif, s'il est maintenu chaque nuit, permet d'assurer une prise en charge satisfaisante des résidents. Les fiches horaires n'indiquent pas de collation de nuit.	Remarque 23 : Le planning fourni par l'établissement n'est pas clair au niveau de la présence des professionnels de nuit.

Commentaire complémentaire

Prises en charge

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.1.1.1	La procédure d'admission L'établissement a transmis une procédure d'admission validée le 13 avril et appliquée à partir du 14 décembre 2023. La procédure présente les préparations effectuées par l'établissement avant l'admission, le jour de l'admission et le jour d'après. Sont notamment prévus le jour de l'admission : l'accueil de l'entrant et la présentation de sa chambre, un recueil de données par l'IDEC ou l'IDE, l'envoi des documents médicaux et attestations au laboratoire et à la pharmacie avec lesquels l'EHPAD a une convention ainsi que la constitution du dossier du résident. La procédure ne renseigne pas sur les démarches mises en place avant l'entrée du résident pour lui présenter la structure, lui proposer un entretien médical préalable avec le médecin coordonnateur et si une évaluation gériatrique est faite après l'entrée du résident dans l'institution. De plus, la procédure ne précise pas que la médecin coordonnatrice est impliquée dans le processus d'admission du résident alors que cela est précisé dans le RAMA.	Remarque 24 : La procédure d'admission de l'établissement ne mentionne pas la participation du médecin coordonnateur à l'admission et ne précise pas si un entretien médical préalable à l'entrée est organisé.
3.2.1.2	Évaluation à l'admission Aucun document transmis à la mission ne permet d'attester d'évaluation du résident au moment de l'admission.	Ecart 17 : La mission ne peut établir la tenue d'une évaluation gériatrique du résident au moment de l'admission ce qui contrevient à l'article D312-158 2° du CASF.
3.1.3.3	Le PAP L'établissement a transmis une procédure « projet d'accompagnement personnalisé qui fait quoi ? » appliquée à partir du 14 décembre 2023. Ce document renseigne sur les personnels référents devant apporter les informations sur les champs composant le PAP. Les personnels impliqués dans la création du projet sont : le psychologue, le responsable hébergement, les AS, IDE, les kinésithérapeutes, l'ergothérapeute et la psychomotricienne, l'animateur ainsi que le Père Supérieur en cas de vie spirituelle du résident. C'est également le psychologue qui assure le planning des PAP et la préparation avec le résident et/ou sa famille. Toutefois, ce document ne renseigne pas sur les modalités même du PAP, en particulier : les modalités de participation du résident à son élaboration alors que celui-ci doit y participer activement, si celui-ci signe son projet d'accompagnement personnalisé avant	Ecart 18 : La procédure transmise ne mentionne pas les modalités de participation du résident à son projet d'accompagnement personnalisé ce qui contrevient à l'article L311-3 7° du CASF. Remarque 25 : La procédure transmise ne précise pas les modalités et la périodicité de révision du projet d'accompagnement personnalisé, qui doivent être à minima annuelles.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'établissement a transmis un extrait de son projet d'établissement concernant l'appel aux bénévoles et leur intervention dans la structure. Les bénévoles rencontrent le Directeur, l'animateur ainsi que le Père Supérieur à leur arrivée dans l'établissement et une « réunion des bénévoles » est organisée avec eux deux fois par an. Les résidents peuvent remplir un formulaire de demande d'aide par un bénévole pour les accompagnés au moment voulu de leur journée. Un « guide des aidants bénévoles », écrit par la psychomotricienne de l'établissement, est disponible pour les intervenants. Ce guide est axé sur la l'attitude que doit adopter le bénévole pour assurer une écoute adaptée et une aide bienveillante.	

Commentaire complémentaire

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
<u>Les droits du résident</u> L'établissement a transmis le livret d'accueil de la structure et le contrat de séjour accompagnés de ses annexes. Le livret d'accueil présente l'établissement et le personnel de la structure. Sont détaillés : les bâtiments et leurs unités, l'historique de l'EHPAD, les prestations offertes ainsi que leurs horaires et facturations, les instances auxquelles peut participer le résident ainsi que les mesures relatives à la sécurité du résident. Au niveau des droits du résident, le livret d'accueil informe le résident sur la charte des droits et libertés de la personne âgée et dépendante, la médiation par une personne qualifiée, le numéro ALMA contre la maltraitance, la vie civique du résident, un exemple de fiche de demande et de plainte de l'établissement ainsi que la charte sur les bonnes pratiques relatives à l'emploi des dispositifs de géolocalisation au bénéfice de personnes âgées présentant des troubles des fonctions intellectuelles. Le contrat de séjour renseigne le résident sur les droits suivants : la désignation de la personne de confiance et la personne correspondante, les directives anticipées, les prestations fournies par l'établissement dont le droit au secret médical et le respect du libre choix du praticien, les modalités de rétractation, le droit au recours à un médiateur et à une personne qualifiée en cas de litige avec l'établissement. Les annexes du contrat de séjour renseignent le résident sur : la charte des droits et libertés de la personne accueillie, la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance ainsi que les droits du résident relatifs à ses données personnelles.	Ecart 21 : Le contrat de séjour ne comporte pas d'annexe relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir du résident ce qui contrevient à l'article R311-0-6 du CASF.	
3.2.2.2 3.2.2.5		

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le contrat de séjour ne comporte pas d'annexe relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir du résident. Sont transmis au résident : -Lors de la préadmission : Livret d'Accueil, Dossier d'Admission ; -Puis lors de l'admission : Contrat de Séjour, Règlement de fonctionnement, annuaire des résidents, horaires des offices, des repas et des activités prévues, badge ■■■■■ pour la porte de la chambre.	
3.2.3.1	<u>Procédure relative aux contentions</u> L'établissement a transmis une procédure relative aux contentions validée le 12 mars 2023 et appliquée à partir du 14 décembre 2023. La procédure définit la contention et en pose les principes généraux : une contention doit toujours être justifiée et constitue une pratique à risque qui doit toujours faire l'objet d'une prescription médicale. La procédure précise que des solutions alternatives peuvent être proposées selon les besoins et l'environnement du résident sans les présenter. La contention doit respecter certains critères : -Elle doit être réalisée sur prescription médicale éclairée par l'avis des différents membres de l'équipe soignante ainsi qu'une analyse bénéfice risque de l'équipe pluridisciplinaire -Une surveillance est programmée et inscrite au dossier du patient, celle-ci couvre les risques physiques et psychologiques de la contention -Le résident et sa famille sont informés de la contention et de sa motivation afin de rechercher l'obtention de leur consentement -La contention est adaptée aux besoins du résident et son installation respecte sa dignité et son intimité. La contention au lit est installée de façon à prévenir les risques qu'elle peut causer. -Le résident sous contention se voit proposer des activités adaptées à sa situation et n'est pas laissé inactif. -Une évaluation de l'état de santé du résident et des conséquences de la contention est réalisée à minima tous les jours et est tracée sur le logiciel de soins. La contention est reconduite si besoin après réévaluation par prescription médicale motivée toutes les 24 heures.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le RAMA transmet bien une partie dédiée au traçage des contentions. Si les contentions physiques avec barrières sont explicitement indiquées dans le document, l'autre contention physique prescrite ne précise pas de quel type il s'agit.	

Commentaire complémentaire

Soins

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.8.2.9	Convention EHPAD/Officine et circuit du médicament L'établissement a transmis une convention avec une officine signée et datée du 25 novembre 2018. Sont prévus par la convention : les conditions de dispensation, les engagements mutuels de l'établissement et l'officine, les modalités de continuité de l'approvisionnement et la dotation des médicaments pour soins urgents, les modalités de livraison et conservation des traitements, les conditions de préparations des traitements ainsi que les modalités relatives au reconditionnement des médicaments. La convention ne précise pas les modalités de transmission des ordonnances de l'établissement à la pharmacie en dehors des cas de délivrance des médicaments stupéfiants. La procédure relative au circuit du médicament de l'établissement précise toutefois que les ordonnances sont transmises par e-mail à l'établissement. Un personnel référent est désigné par l'officine pour assurer la liaison avec l'établissement afin de mettre en place la délivrance des produits ainsi que de fournir les conseils pharmaceutiques adaptés. Ce référent assure également un suivi des dossiers des résidents en lien avec l'établissement pour garantir la délivrance des traitements. L'établissement s'engage à faciliter les liens entre le pharmacien et l'EHPAD sous la responsabilité du médecin coordonnateur afin d'assurer la qualité et la continuité des soins mis à disposition ainsi que pour lutter contre tous les risques liés à l'iatrogénie et le suivi du résident. Dans ce but, un support de liaison permettant l'échange de commentaires entre l'officine et l'EHPAD doit-être mis en place par l'établissement. L'établissement s'engage également à contrôler la conformité des médicaments délivrés conformément à l'ordonnance. L'établissement a également transmis une procédure relative au circuit du médicament (à analyser par comparaison + avis médecin).	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.8.2.22	Délégation d'administration des médicaments par l'IDE La procédure de délégation d'administration des médicaments par l'IDE est incluse dans la procédure relative au circuit du médicament de l'établissement dans la partie « Administration ». Il est précisé qu'en cas d'absence ou d'impossibilité de donner les traitements directement aux résidents, « l'IDE délègue la dispensation des médicaments aux aides-soignants fixes ». L'article R4311-44 du code de la santé publique est cité dans la procédure et précise la possibilité de cette collaboration IDE et AS. La procédure précise également que toute erreur survenant pendant l'administration ou l'aide à la prise doit être signalée et tout refus de prise doit être renseigné sur le logiciel de soins de l'établissement. La procédure ne fait pas référence à l'acte d'aide à la prise alors que c'est justement l'acte relevant du rôle propre de l'infirmier qu'il peut déléguer aux AS. La procédure ne précise pas non plus que les actes délégués restent de la responsabilité de l'IDE et que certains médicaments ne peuvent pas être délégués aux AS.	Ecart 22 : La procédure de délégation d'administration ne différencie pas l'administration des médicaments et les actes d'aide à la prise ce qui contrevient aux dispositions de l'article R4311-7 du CSP. Remarque 29 : La procédure de délégation ne précise pas que les actes délégués restent de la responsabilité de l'IDE et que la dispensation de certains médicaments ne peut pas être déléguée aux AS.
3.8.2.24	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur L'établissement a transmis une procédure « douleur » validée le 12 mars 2023 et appliquée à partir du 14 décembre 2023. La procédure définit les différents types de douleur, précise que la douleur est un facteur d'inconfort pour le bien-être du résident affectant son comportement et que tous les personnels doivent participer à dépister et tracer la douleur. La prise en charge de la douleur s'appuie sur : son repérage et dépistage, l'évaluation du niveau de la douleur, sa localisation, déterminer le type de douleur ainsi qu'assurer la prise en charge thérapeutique. Les outils d'évaluations sont les échelles « [REDACTED] » et « [REDACTED] » pour le résident communicant ainsi que l'échelle « [REDACTED] » pour les douleurs neuropathiques, [REDACTED] et [REDACTED] pour le résident non-communicant. La procédure indique également la marche à suivre pour tracer les résultats de l'évaluation dans le logiciel de soins de l'établissement. La procédure ne renseigne pas le rythme des évaluations douleur dans l'établissement et ne précise pas s'il existe au moins une évaluation annuelle faite pour chaque résident. Le RAMA précise qu'un dépistage systématique de la douleur est mis en place sans préciser dans quelles conditions il est appliqué. Il indique également que [REDACTED] résidents sont sous antalgiques en 2022 ([REDACTED]) et que [REDACTED] d'entre eux ont une évaluation de la douleur avec écrite. Aucune évaluation douleur n'est renseignée dans les données médicales transmises par l'établissement.	Ecart 23 : L'établissement n'a pas transmis d'élément permettant à la mission de vérifier qu'au moins une évaluation annuelle de la douleur est faite pour les résidents de l'EH PAD. Références : Articles L1110-5 et L1112-4 du CSP.
3.8.2.25	Protocole soins palliatifs et fin de vie	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'établissement a transmis une procédure relative à la fin de vie validée le 12 mars 2023 et appliquée à partir du 14 décembre 2023. La procédure s'adresse au personnel médical, paramédical, à l'équipe hôtelière ainsi qu'aux intervenants libéraux dans la structure. La procédure ne précise pas les éléments déclencheurs de la mise en place de la démarche palliative. Quand un résident est en fin de vie, les décisions de soins de confort sont prises en concertation par le médecin traitant, le médecin coordonnateur ainsi que les proches à l'issue de réunions pluridisciplinaires. L'équipe mobile d'accompagnement de fin de vie intervient également auprès du résident et de ses proches. Les prescriptions de soins liés à la prise en charge palliative sont réalisées par le médecin traitant et le médecin coordonnateur en lien avec le médecin spécialisé de l'équipe mobile d'accompagnement. Ces soins spécifiques peuvent concerner : l'alimentation et l'hydratation, les soins de bouches et oculaires, la prévention des escarres, la douleur ou encore l'hygiène. Le but étant de rechercher « le plaisir et la sérénité » du patient. De plus, l'établissement a transmis une convention avec [REDACTED], signée et datée du 2 mars 2021. Toutes les pages de la convention n'ont pas été transmises.	
3.4.3.9	Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel L'établissement a rempli et transmis le document de suivi des pesées. Il y est clairement visible que le rythme des pesées est mensuel dans l'établissement avec [REDACTED] pesées renseignées pour quasiment tous les résidents dans l'établissement depuis [REDACTED]. Pour les résidents entrés depuis [REDACTED] le nombre de pesées est en adéquation avec le nombre de mois depuis l'admission dans l'établissement. Toutes les IMC correspondant aux pesées ne sont toutefois pas renseignées et si l'établissement a signalé certaines pesées et variations de poids avec des codes couleurs, la légende n'a pas été transmise à la mission.	

Commentaire complémentaire

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
4.2.1.2	Personnels médicaux et paramédicaux libéraux [REDACTED] kinésithérapeutes interviennent dans la structure : [REDACTED]	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	[REDACTED] Le nombre des GIR 1, 2 et 3 représente [REDACTED] % des résidents. Le temps de présence en kinésithérapie couvre une prise en charge de [REDACTED] % et permet au moins d'assurer les besoins des trois premiers GIR. [REDACTED] % des résidents ne bénéficient pas d'un temps de kinésithérapie. [REDACTED] orthophonistes interviennent également : [REDACTED]	

Commentaire complémentaire

Récapitulatif des écarts et des remarques

Nbre	Numéro IGAS	Référence rapport	Ecart	Référence juridique
1	1.2.1.1	Gouvernance - Management et stratégie	Ecart 1 : La mission ne peut s'assurer que le règlement de fonctionnement de l'établissement soit valide et que le CVS ait été	Article L311-7 du CASF

			consulté avant promulgation ce qui contrevient à l'article L311-7 du CASF.	
2	1.2.1.2	Gouvernance - Management et stratégie	Ecart 2 : Le contenu du règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R311-35, R311-36 et R311-37 du CASF	Articles R311-35, R311-36 et R311-37 du CASF
3	1.2.1.6	Gouvernance - Management et stratégie	Ecart 3 : L'établissement n'a pas transmis les procédures d'actions en cas de réalisation d'un risque ce qui contrevient 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).	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).
4	1.2.2.12	Gouvernance - Management et stratégie	Ecart 4 : L'inscription à l'Ordre National Infirmier de l'IDEC n'a pas été transmise ce qui contrevient à l'article L.4312-1 du CSP.	Article L.4312-1 du CSP
5	1.3.3.1	Gouvernance – Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale	Ecart 5 : Il n'a pas été possible de déterminer la date de la dernière élection et la composition du CVS décrite dans le règlement intérieur est non conforme à l'article 311-5 du CASF.	Article L311-5 du CASF
6	1.3.3.2	Gouvernance – Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale	Ecart 6 : Un secrétaire de séance n'est pas désigné dans les comptes rendus fournis ce qui contrevient à l'article D311-20 du CASF.	Article D311-20 du CASF
7	1.3.3.2	Gouvernance – Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale	Ecart 7 : Tous les EIG n'ont pas été présentés au CVS, ce qui contrevient à l'article R331-10 CASF.	Article R331-10 CASF
8	1.3.3.2	Gouvernance – Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale	Ecart 8 Les solutions correctives, mises en place à la suite des EIG, n'ont pas été présentées au CVS. Référence : Article L331-8-1 CASF.	Article L331-8-1 CASF
9	1.4.2.1	Gouvernance – Gestion de la Qualité	Ecart 9 : L'enquête d'évaluation externe doit être réalisée au minimum tous les 5 ans. Référence : Article D312-204 du CASF	Article D312-204 du CASF

10	1.4.3.2	Gouvernance – Gestion de la Qualité	Ecart 10 : L'établissement n'a pas appliqué la procédure de déclaration des EIG, notamment la déclaration à l'ARS et la Ville de Paris. Référence : Article L331-8-1 du CASF et arrêté du 28/12/2016	Article L331-8-1 du CASF et arrêté du 28/12/2016
11	1.5.3.1	Gouvernance – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Ecart 11 : Les dysfonctionnements graves et événements indésirables graves ne sont pas caractérisés clairement dans la procédure de l'établissement ce qui peut empêcher l'identification de ces différentes situations, leur déclaration ainsi que la mise en place de leur traitement ce qui contrevient aux articles L.331-8-1, R 331-8 et R331-9 du CASF.	Articles L.331-8-1, R 331-8 et R331-9 du CASF
12	1.5.1.6	Gouvernance – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Ecart 12 : L'établissement ne signale pas tous les événements indésirables et les dysfonctionnements graves aux autorités compétentes ce qui contrevient aux articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF.	Articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF
13	2.1.1.1	Fonction supports – Gestion des ressources humaines	Ecart 13 : Les effectifs totaux de l'établissement ne sont pas conformes aux objectifs fixés dans le CPOM. L'équipe de l'établissement n'est pas stabilisée et le recours à de nombreux CDD en fragilise la cohésion. Référence : Article L311-3 du CASF	Article L311-3, 1° du CASF
14	2.1.1.1	Fonction supports – Gestion des ressources humaines	Ecart 14 : Le taux d'encadrement en IDE est trop faible par rapport aux critères ARS contractualisés dans le CPOM et ■ IDE sont à recruter pour ■ postes existants. Référence : Article L311-3 du CASF	Article L311-3 du CASF
15	2.1.1.1	Fonction supports – Gestion des ressources humaines	Ecart 15 : Le temps effectif de médecin coordonnateur en ETP ■ est insuffisant et non conforme en raison de la charge de temps de médecin traitant exercée. Référence : Article D312-156 du CASF	Article D312-156 du CASF
16	2.1.4.4	Fonction supports – Gestion des ressources humaines	Ecart 16 : Le type de toilettes n'est pas précisé dans les fiches de tâches horaires. Les toilettes au lit et complètes sont des actes de soin, contrairement à l'accompagnement à la toilette, ce qui suppose des glissements de tâches. (Références : Article L.311-3 1° du CASF, Article R4311-5 du CSP)	Article L.311-3 1° du CAS, Article R4311-5 du CSP
17	3.2.1.2	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 17 : La mission ne peut établir la tenue d'une évaluation gériatrique du résident au moment de l'admission ce qui contrevient à l'article D312-158 2° du CASF.	Article D312-158 2° du CASF
18	3.1.3.3	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 18 : La procédure transmise ne mentionne pas les modalités de participation du résident à son projet d'accompagnement personnalisé ce qui contrevient à l'article L311-3 7° du CASF.	Article L311-3 7° du CASF

19	3.1.3.3	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 19 : [REDACTED] des résidents disposaient d'un projet d'accompagnement personnalisé valide au jour du contrôle ce qui contrevient à l'article L311-3, 3° du CASF.	Article L311-3, 3° du CASF
20	3.1.4.4	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 20 : La mission ne peut établir la réunion annuelle de la commission de coordination gériatrique ce qui contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF.	Article D312-158, 3° du CASF
21	3.2.2.2/3.2.2.5	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 21 : Le contrat de séjour ne comporte pas d'annexe relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir du résident ce qui contrevient à l'article R311-0-6 du CASF.	Article R311-0-6 du CASF
22	3.8.2.2	Prise en charge - Soins	Ecart 22 : La procédure de délégation d'administration ne différencie pas l'administration des médicaments et les actes d'aide à la prise ce qui contrevient aux dispositions de l'article R4311-7 du CSP.	Article R4311-7 du CSP
23	3.8.2.24	Prise en charge - Soins	Ecart 23 : L'établissement n'a pas transmis d'élément permettant à la mission de vérifier qu'au moins une évaluation annuelle de la douleur est faite pour les résidents de l'EHPAD. Référence : Articles L1110-5 et L1112-4 du CSP.	Articles L1110-5 et L1112-4 du CSP

Nbre	Numéro IGAS	Référence rapport	Remarque
1	1.2.1.4	Gouvernance - Management et stratégie	Remarque 1 : Le projet d'établissement n'est pas signé par l'organisme gestionnaire et ne mentionne pas une validation préalable par le CVS.
2	1.2.2.1	Gouvernance - Management et stratégie	Remarque 2 : L'organigramme de l'établissement ne fait pas apparaître les liens hiérarchiques et fonctionnels.
3	1.2.2.6	Gouvernance - Management et stratégie	Remarque 3 : Aucune fiche de poste ou lettre de mission du directeur n'a été transmise à la mission.
4	1.3.3.1	Gouvernance – Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale	Remarque 4 : Le compte rendu de la dernière réunion du CVS doit être approuvé lors la réunion suivante. Il doit être signé par le président et le secrétaire.
5	1.4.1.7	Gouvernance – Gestion de la Qualité	Remarque 5 : Il ne ressort pas à la lecture du Plan Qualité qu'il prend en compte les résultats de la mission sur le nouveau référentiel HAS

6	1.4.1.7	Gouvernance – Gestion de la Qualité	Remarque 6 : L'évaluation des prestations de restauration, effectuées en sous-traitance, n'a pas été communiquée
7	1.4.2.1	Gouvernance – Gestion de la Qualité	Remarque 7 : Les familles ne sont pas consultées dans les enquêtes de satisfaction.
8	1.4.2.1	Gouvernance – Gestion de la Qualité	Remarque 8 : Le niveau de satisfaction concernant les [REDACTED] sont peu élevés. Ces points méritent une analyse approfondie.
9	1.4.2.1	Gouvernance – Gestion de la Qualité	Remarque 9 : Les documents transmis ne contiennent pas de suivi de mise en œuvre de plan qualité.
10	1.4.3.1	Gouvernance – Gestion de la Qualité	Remarque 10 : Les résultats de l'auto-évaluation des personnels sur la bientraitance n'ont pas été communiqués.
11	1.4.3.2	Gouvernance – Gestion de la Qualité	Remarque 11 : L'établissement ne dispose pas de protocole sur la bientraitance et la lutte contre la maltraitance.
12	1.4.3.3	Gouvernance – Gestion de la Qualité	Remarque 12 : L'établissement ne dispose pas de procédure relative aux cas d'agression.
13	2.1.1.1	Fonction supports – Gestion des ressources humaines	Remarque 13 : La « répartition des tâches IDE » est non datée et le rédacteur du document n'est pas indiqué.
14	2.1.1.1	Fonction supports – Gestion des ressources humaines	Remarque 14 : Le tableau des effectifs ne fait pas apparaître d'ASG.
15	2.1.1.6	Fonction supports – Gestion des ressources humaines	Remarque 15 : Le recours aux contrats à durée déterminée, par rapport aux effectifs permanents, est excessif
16	2.1.2.1	Fonction supports – Gestion des ressources humaines	Remarque 16 : Les données fournies ne permettent de déterminer pour l'ensemble des formations proposées : les différentes catégories de personnel, les salariés concernés et le nombre d'heures.
17	2.1.2.1	Fonction supports – Gestion des ressources humaines	Remarque 17 : L'établissement ne propose de formation à la bientraitance et au repérage de la maltraitance
18	2.1.2.5	Fonction supports – Gestion des ressources humaines	Remarque 18 : L'établissement n'a pas transmis de procédure relative à l'accueil et à l'accompagnement des nouveaux salariés, ni de livret d'accueil destiné aux nouveaux salariés.
19	2.1.4.5	Fonction supports – Gestion des ressources humaines	Remarque 19 : Le planning ne comporte pas de légende, ce qui ne permet pas de le comprendre de manière fiable

20	2.1.4.5	Fonction supports – Gestion des ressources humaines	Remarque 20 : Le planning doit pouvoir également être compris par le personnel nouvellement embauché.
21	2.1.4.5	Fonction supports – Gestion des ressources humaines	Remarque 21 : Les outils de suivi du personnel, les modalités des transmissions doivent être complètes, lisibles et mises à jour
22	2.1.4.4	Fonction supports – Gestion des ressources humaines	Remarque 22 : La liste des tâches pour les garde-malades n'a pas été transmise.
23	2.1.4.10	Fonction supports – Gestion des ressources humaines	Remarque 23 : Le planning fourni par l'établissement n'est pas clair au niveau de la présence des professionnels de nuit.
24	3.1.1.1	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 24 : La procédure d'admission de l'établissement ne mentionne pas la participation du médecin coordonnateur à l'admission et ne précise pas si un entretien médical préalable à l'entrée est organisé.
25	3.1.3.3	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 25 : La procédure transmise ne précise pas les modalités et la périodicité de révision du projet d'accompagnement personnalisé, qui doivent être à minima annuelles.
26	3.1.4.5	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 26 : La mission constate le nombre important de résidents suivis par le médecin coordonnateur [REDACTED], alors que ce n'est pas sa mission première.
27	3.1.4.5	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 27 : Tous les résidents n'ont pas de médecins traitants.
28	3.1.4.5	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 28 : La majorité des médecins traitants intervenant dans l'établissement n'utilisent pas le logiciel de soin.
29	3.8.2.2	Prise en charge – Soins	Remarque 29 : La procédure de délégation ne précise pas que les actes délégués restent de la responsabilité de l'IDE et que la dispensation de certains médicaments ne peut pas être déléguée aux AS.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD « Marie-Thérèse », géré par l'Association Marie-Thérèse, 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

- Présence d'une équipe directeur/médecin-coordonnateur/IDEC au sein de l'établissement

Elle a également relevé des dysfonctionnements en matière :

Gouvernance :

- L'inscription à l'Ordre National Infirmier de l'IDEC n'a pas été transmise
- Tous les EIG et solutions correctives mises en place n'ont pas été présentés au CVS
- Les dysfonctionnements graves et événements indésirables graves ne sont pas caractérisés clairement dans la procédure de l'établissement ce qui peut empêcher l'identification de ces différentes situations, leur déclaration ainsi que la mise en place de leur traitement
- L'établissement ne signale pas tous les événements indésirables et les dysfonctionnements graves aux autorités compétentes

Fonctions support :

- Les effectifs totaux de l'établissement ne sont pas conformes aux objectifs fixés dans le CPOM. L'équipe de l'établissement n'est pas stabilisée et le recours à de nombreux CDD en fragilise la cohésion
- Le taux d'encadrement en IDE est trop faible par rapport aux critères ARS contractualisés dans le CPOM et ■ IDE sont à recruter pour ■ postes existants
- Le type de toilettes n'est pas précisé dans les fiches de tâches heurées. Les toilettes au lit et complètes sont des actes de soin, contrairement à l'accompagnement à la toilette, ce qui suppose des glissements de tâches
- Le recours aux contrats à durée déterminée, par rapport aux effectifs permanents, est excessif
- L'établissement ne propose de formation à la bientraitance et au repérage de la maltraitance

Prise en charge :

- La mission ne peut établir la tenue d'une évaluation gériatrique du résident au moment de l'admission
- La procédure transmise ne mentionne pas les modalités de participation du résident à son projet d'accompagnement personnalisé
- ■ des résidents disposaient d'un projet d'accompagnement personnalisé valide au jour du contrôle
- L'établissement n'a pas transmis d'élément permettant à la mission de vérifier qu'au moins une évaluation annuelle de la douleur est faite pour les résidents de l'EHPAD.
- La procédure d'admission de l'établissement ne mentionne pas la participation du médecin coordonnateur à l'admission et ne précise pas si un entretien médical préalable à l'entrée est organisé.
- La mission constate le nombre important de résidents suivis par le médecin coordonnateur ■ alors que ce n'est pas sa mission première et que tous les résidents ne disposent pas d'un médecin traitant.

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

Saint Denis, le 4 novembre 2024



Délégation Départementale de Paris
ARS Ile-de-France



Ville de Paris



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

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

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

Monsieur Frédéric MUSSO, responsable de la Mission d'Inspection des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

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

Saint-Denis, le 8 décembre 2023

Mesdames, Messieurs,

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

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

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur-pièces de l'EHPAD « Marie-Thérèse » (FINESS géographique 750803009) situé au 277 boulevard Raspail, 75014 Paris, géré par l'Association Marie-Thérèse qui sera mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

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

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

- Monsieur Frédéric MUSSO, responsable de la Mission d'Inspection des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L. 133-2 du CASF par la Ville de Paris ;

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

- Madame Delhia ELENGA, coordonnatrice de la mission d'inspection, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris ;
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet Secteur Personnes Agées, Délégation Départementale de Paris, Délégation Départementale de Paris ;
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;

Le contrôle, sur pièces, sera réalisé à compter du 8 décembre 2023. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. La mission pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

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

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

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



Pour le Maire de Paris et par délégation,



Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces Marie-Thérèse

1	Liste nominative des résidents admis à la date du contrôle avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance, leur date d'entrée, la date du dernier PAI, le bénéfice éventuel de l'aide sociale, le type de la protection juridique éventuelle	Oui
2	Grilles de suivi des taux d'occupation et nombre de journées réalisées pour chaque activité (hébergement permanent, hébergement temporaire, PASA et UHR) pour l'année N-1 et le jour du contrôle	Oui
3	Projet spécifique du PASA	Oui
4	Dernier programme d'activités du PASA	Oui
5	Le projet spécifique d'hébergement temporaire	N/A
6	Règlement de fonctionnement	Oui
7	Plan des locaux de l'établissement	Oui
8	Projet d'établissement	Oui
9	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)	Partiellement
10	Organigramme	Oui
11	Diplôme du directeur de l'EHPAD	Oui
12	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD	Oui
13	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	Oui
14	Procédures et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)	Oui
15	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois	Oui
16	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	Oui
17	IDEC : Contrat de travail, Fiche de poste ou feuille de route, Diplôme d'IDE et de Cadre de santé, Inscription à l'ordre des infirmiers	Partiellement
18	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, 3 derniers bulletins de salaires	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	Oui
23	Dernière évaluation interne	Oui
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
31	Registre du personnel N-1 & N-2	Oui
32	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	Oui
33	Plan de développement des compétences (formation) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1	Oui
34	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)	Non

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	Partiellement
37	Une fiche de tâches horaires, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AMP, AES, ASG, IDE	Partiellement
38	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	Oui
39	Procédure d'admission des résidents	Oui
40	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)	Oui
41	Relevé des pesées et des IMC pour chaque résident accueillis dans la structure en année N-1	Oui
42	Les 2 derniers CR et feuilles d'emargement de la commission de coordination gériatrique	Non
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

