

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Péan » 9 rue de la santé, 75013 Paris N° FINESS 75 080 050 0	
<u>RAPPORT DE CONTRÔLE</u> N° 2023_IDF_00255 Contrôle sur pièces du 24/11/2023	
<u>Mission conduite par</u> - Madame Christel ROUGY, coordinatrice de la mission d'inspection, ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France - 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	
<u>Textes de référence</u>	- 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	5
Contexte de la mission de contrôle.....	5
Modalités de mise en œuvre.....	5
Présentation de l'établissement.....	6
Constats.....	8
Gouvernance	9
Conformité aux conditions de l'autorisation.....	9
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	17
Fonctions support.....	20
Gestion des ressources humaines	20
Prises en charge.....	33
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	33
Respect des droits des personnes	36
Soins.....	37
Relations avec l'extérieur.....	40
Coordination avec les autres secteurs.....	40
Conclusion	47
Glossaire.....	48
Annexes	49
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	49
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	50

Synthèse

Données générales sur l'établissement			
Nom	EHPAD Péan	Capacité hébergement permanent	94
Adresse	9 Rue de la Santé	Places habilités aide sociale	89
Arrondissement	75013	Présence d'une UVP	Oui
Gestionnaire	ACCPA	Places en UHR	0
Statut juridique	Privé à but non lucratif	Places en PASA	0
L'établissement a signé un CPOM en 2021			
<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 réalisé le 24 novembre 2023 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé le 17 novembre. 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>Principaux écarts constatés par la mission :</u> - Aucune évaluation externe récente n'a été transmise dans le cadre du présent contrôle. - L'établissement n'a pas de procédure formelle de gestion des EI et EIG, ce qui ne participe pas à l'exhaustivité des déclarations qui auraient dû être faites aux autorités de contrôle. - Aucun EIG ont été envoyés aux autorités de contrôle. - Au sens des critères de calcul du CPOM, la mission constate qu'il manque 5 ETP d'AS/AES et un ETP d'IDE. - La mission de contrôle constate que l'établissement n'est pas parvenu à stabiliser son équipe, ce qui a remis en cause la sécurité de la prise en charge des résidents. - La présence infirmière réalisée et programmée dans l'établissement est insuffisante et ne permet pas d'assurer la sécurité des soins en continue. - L'organisation mise en place pour l'équipe de nuit ne permet d'assurer la sécurité des résidents : distribution du médicament, nombre de passages et nombre de professionnels présents. - La mission de contrôle constate que le suivi du temps de réponse aux appels malades n'est pas assuré et que ce dysfonctionnement a déjà provoqué des manquements à la sécurité des résidents. - Le manque d'ETP d'IDE, d'AS et des absences de l'IDEC, ne permet pas d'assurer le protocole d'administration des médicaments, ce qui remet en cause la sécurité des résidents.			

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 « Péan », situé au 9 rue de la santé, 75013 Paris, FINESS n°75 004 16 34, 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 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 :

- Prioritaires pour la signature du CPOM,
- Et classés dans une catégorie de risque faible, ne justifiant pas d'emblée d'un contrôle sur place (inspection).

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 24 novembre 2023, avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 17 novembre 2023 . Un e-mail a été transmis à la direction le 17 février 2023 auquel étaient joints :

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

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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 9 rue de la santé à Paris 13 (75013), l'EHPAD Péan est géré par l'ACCPA dont le siège social se situe au 7 chemin du Gareizin à Francheville (69340).

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS de décembre 2022, le GMP s'élève à [REDACTED] et le PMP de 2019 à [REDACTED]

Les 94 résidents accueillis en 2023 étaient répartis plus précisément comme suit :

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

Le budget de fonctionnement (hors hébergement, car non communiqué par l'établissement) est de 1 505 354,79 € en 2023, dont 704 404,00 € au titre de la dépendance et 2 295 231,72 € au titre du soin.

Le CPOM a été signé le 10 juin 2021. Ses principaux objectifs sont les objectifs généraux des CPOM signés avec l'ARS et la Ville de Paris :

Objectif 1 : Renforcer la coordination des soins afin de :

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

Objectif 2 : Améliorer :

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

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

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

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

¹ 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	EHPAD Péan		
Nom de l'organisme gestionnaire	Groupe ACCPA		
Numéro FINESS géographique	75 00 416 34		
Numéro FINESS juridique	69 080 271 5		
Statut juridique	Privé à but non lucratif		
Option tarifaire	Tarif global		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ²	94	94
	HT ³	0	0
	UVP ⁴	22	22
	PASA ⁵	0	0
	UHR ⁶	0	0
	UPHV ⁷	0	0
	AJ ⁸	0	0
	AN ⁹	0	0
	PFR ¹⁰	0	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	89		

² Hébergement permanent³ Hébergement temporaire⁴ Unité de vie protégée / unité protégée⁵ Pôle d'activité et de soins adaptés⁶ Unité d'hébergement renforcée⁷ Unité pour personnes âgées vieillissantes⁸ Accueil de jour⁹ Accueil de nuit¹⁰ 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 EIR
Conformité aux conditions d'autorisation :		
L'établissement est conforme aux conditions de l'autorisation prévues par les dispositions réglementaires à savoir :		
1.1.1.2	89 lits en hébergement permanent (dont 22 places en unité de vie protégée et 10 lits dans 5 chambres double) et 5 places en hébergement temporaire, soit 94 places en tout. A noter : Un autre établissement juridique CAJ Villa Rubens est présent au sein du même bâtiment, il assure un accueil de jour (Le CPOM indique 15 places pour le CAJ). Un projet de PASA a été déposé par l'établissement.	
1.1.3.1	Répartition des GIR : L'établissement n'a pas transmis la liste des résidents ainsi que leur GIR. Ainsi la mission de contrôle ne peut contrôler l'application de l'article D313-15 du CASF.	Ecart n°1 : L'établissement n'a pas transmis la liste des résidents ainsi que leur GIR. Ainsi la mission de contrôle ne peut contrôler l'application de l'article D313-15 du CASF.

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement : L'établissement a bien transmis un règlement de fonctionnement mis à jour le 1 janvier 2023. Toutefois, celui-ci n'est pas signé.	Remarque n°1 : Le règlement de fonctionnement transmis n'est pas signé.
1.2.1.2	Le règlement de fonctionnement transmis porte sur les éléments suivants : - respect des droits des personnes prises en charge, - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - sûreté des personnes et des biens, - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer à travers l'accompagnement des résidents, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui. Le règlement de fonctionnement est conforme à la réglementation.	
1.2.1.4	Le projet d'établissement : L'établissement a bien versé un projet d'établissement. Ce dernier couvre la période de 2015-2020. Ce projet d'établissement date de plus de cinq ans ce qui contrevient aux dispositions réglementaires. Le projet d'établissement 2015-2020 ne comprend aucun objectif opérationnel avec des délais d'application ou des priorités de mise en œuvre et de indicateurs de suivis.	Ecart n°2 : Le projet d'établissement date de plus de 5 ans, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF. Remarque n°2 : Le projet d'établissement 2015-2020 ne comprend aucun objectif opérationnel avec des délais d'application ou des priorités de mise en œuvre ni indicateurs de suivis.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Un courriel interne a été transmis, celui-ci montre que les travaux de réécriture du nouveau plan d'établissement ont été entamés. Ce courriel est daté de novembre 2023, soit 3 ans après la date de fin de validité du précédent plan.	
1.2.1.5	Le contenu du projet d'établissement : Son contenu est conforme à la réglementation et comprend les volets suivants : -Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement), -Présentation des enjeux et mission, -Caractéristiques des personnes accueillies, -Nature de l'offre de service et organisation, -Management de l'EHPAD, -Projet social et logistique, -Personnalisation des PVI, -Projet général de soins, -Bientraitance et prévention maltraitance, -Projet d'animation, -Perspectives d'évolution et de développement, -Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs.	
1.2.1.6	Le plan bleu L'établissement a bien transmis un plan bleu daté du 5 mai 2023. Ce document ne comprend pas les procédures opérationnelles (ex : SOIN GRA 099), et certaines procédures sont manquantes, en particulier la gestion des décès massifs, la procédure en cas de coupure d'eau (et de gaz le cas échéant). Il n'y a pas non plus de procédure concernant le retour d'expérience (RETEX) après la gestion de la situation exceptionnelle. La rédaction du document entretient une confusion dans le plan, celui-ci comprend la gestion de EIG qui n'est pas distinguée des situations exceptionnelles qui font elles l'objet du plan bleu. Le plan bleu présenté par l'établissement ne répond pas entièrement aux préconisations de l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de	Ecart n°3 : Le plan bleu présenté par l'établissement ne répond pas entièrement aux préconisations de 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). Remarque n°3 : Le plan bleu transmis comprend la gestion des EIG. Les EIG ne font pas partie des situations exceptionnelles qui font elles l'objet du plan bleu.

N° CAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).	
1.2.2.1	Le directeur : Une directrice est en poste en CDI dans l'établissement. Elle n'est en poste qu'à ● ETP. Un organigramme a été fourni avec les ETP ainsi que les liens hiérarchiques et fonctionnels.	
1.2.2.6	Les fonctions du directeur : Une fiche de fonction pour les directeurs des établissements du Groupe a été présentée. Cette fiche de poste est complète et mentionne l'ensemble des missions principales du directeur d'EHPAD : • La définition et conduite du projet d'établissement, • La collaboration à la mise en œuvre de la politique des ressources humaines, • La collaboration à la gestion administrative, budgétaire et financière, • La coordination avec les institutions et partenaires extérieurs.	
1.2.2.7	La qualification du directeur : La directrice dispose d'un diplôme réglementaire [REDACTED]	

1.2.2.8	Les astreintes : L'établissement a soumis les tableaux des astreintes du personnel des mois d'octobre, novembre et décembre 2023, ainsi qu'un document détaillant la procédure d'astreintes en vue d'organiser la suppléance de la direction en cas d'absence pour congés ou pendant le week-end.	
1.2.2.10	La délégation de signature au directeur : Un document intitulé « Délégation de compétences et de pouvoirs » a été transmis par l'établissement. Cette délégation concerne notamment la mise en œuvre du projet d'établissement, la gestion des ressources humaines, la gestion financière et la coordination avec les institutions et intervenants extérieurs.	
1.2.2.12	Le cadre de santé : Un IDEC est en poste en CDI dans cet établissement [REDACTED] inscrit à l'ordre national des infirmiers et disposant d'une licence professionnelle [REDACTED]	
1.2.2.14	Les médecins coordonnateurs : L'organigramme fourni (daté de novembre 2023) indique deux médecins coordonnateurs en poste. Ceux-ci sont présents à hauteur de [REDACTED] ETP chacun, soit un total de [REDACTED] ETP, ce qui est conforme à la réglementation.	
1.2.2.15	Les qualifications des MedCo : Les qualifications des médecins coordonnateurs de l'établissement sont bien conformes à la réglementation. L'un est muni d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD, d'un diplôme d'Etat de docteur en médecine et d'une qualification en médecine générale. L'autre MedCo possède un diplôme universitaire [REDACTED] Les inscriptions à l'ordre pour ces deux médecins ont bien été transmises.	

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Le Conseil de la Vie Sociale : Il y a bien un CVS au sein de l'établissement qui a fourni le règlement intérieur de ce dernier daté du 3 avril 2023. Sa composition est la suivante d'après le règlement intérieur précité : 1 /Au titre du I de l'article D311-5 : -Deux représentants des personnes accompagnées ; -Un représentant des professionnels employés par l'établissement ou le service ; -Un représentant de l'organisme gestionnaire, le directeur. 2/ Au titre du II de l'article D311-5 : -Deux représentants des familles ou des proches aidants, des personnes accompagnées ; -Un représentant des représentants légaux des personnes accompagnées ; -Un représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement ou le service ; -Le médecin coordonnateur de l'établissement ; -Un représentant des membres de l'équipe médico-soignante. Ce conseil comprend 10 membres, dont 5 au titre des représentants des résidents, des familles et des représentants légaux, ce qui n'est pas conforme à la réglementation du CVS, leur nombre doit être supérieur à la moitié du nombre total de membres du conseil. Le directeur est membre du conseil en qualité de représentant de l'organisme gestionnaire, ce qui est contraire l'article D311-9 du CASF, celui-ci ne peut siéger qu'en qualité de membre avec voix consultative.	Ecart n°4 : La composition du CVS n'est pas conforme à la réglementation, le nombre de représentants des résidents, familles et représentants légaux est insuffisant, et contrevient aux articles D311-5 et 7 du CASP. Ecart n°5 : La composition du CVS n'est pas conforme à la réglementation, le directeur ne peut siéger qu'en tant que membre avec voix consultative, et contrevient à l'article D311-9 du CASF.
1.3.3.2	Les comptes rendus du CVS : Le CVS s'est réuni 8 fois en en 2022 et 2023, 4 fois chaque année. Les sujets abordés dans les comptes rendus transmis sont :	Ecart n°6 : Les comptes rendus des CVS de 2022 et 2023 ne laissent pas apparaître d'information sur les EI et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R331-10 du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	En 2022 : le covid, les travaux dans l'EHPAD, la mise en place du PASA de soirée (16h-23h) pour 12 places, la visibilité du programme d'animation, le plan de continuité d'activité pour l'été, indicateurs RH, les portes ouvertes. En 2023 : la présentation de la réforme des CVS, élections des nouveaux membres du CVS, tension sur le RH (manque de 3,5 ETP d'IDE), mars 2023 : installation du nouveau CVS, adoption du nouveau règlement intérieur, organisation de la réunion des familles, travaux, les résultats de l'étude de satisfaction auprès des familles, lancement de l'écriture du nouveau projet d'établissement. Les compte-rendu ne mentionnent que très peu de questions de la part des résidents ou bien des familles. Les compte-rendu des 8 CVS réalisés en 2022 et 2023 ne laissent pas apparaître d'information sur les EI et plaintes-réclamations.	

Gestion de la qualité

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Plan d'amélioration continue de la qualité :	
1.4.1.7	L'établissement n'a pas transmis de PACQ. L'organigramme transmet une personne désignée comme référent qualité, cette personne est également en poste comme responsable du Pôle Soins de l'établissement. L'absence de PACQ fait s'interroger la mission de contrôle sur l'effectivité de la démarche continue d'amélioration de la qualité au sein de l'établissement et révèle que la gestion des EI en particulier est effectuée au coup par coup, mais sans réel temps d'analyse pluridisciplinaire qui permettrait une véritable prévention de ceux-ci sur le long terme et une appropriation par l'ensemble des salariés (cf. 1.5.1.3 et 1.5.1.5).	Ecart n°7 : Aucun Plan d'Amélioration Continue de la Qualité n'a été transmis par l'établissement, ce qui contrevient à l'article L312-8 du CASF.
	Évaluations interne et externe :	
1.4.2.1	Aucune évaluation n'a été transmise, ni interne, ni externe dans le cadre du présent contrôle. Le projet d'établissement 2015-2020 mentionne pourtant « un rapport d'évaluation interne complet et très structuré, qui a été formalisé en décembre 2012. » et une évaluation externe datant de décembre 2013.	Ecart n°8 : Aucune évaluation externe n'a été transmise dans le cadre du présent contrôle (L312-8 CASF).
	Politique de bientraitance/lutte contre la maltraitance :	
1.4.3.1	Le projet d'établissement portant sur la période 2015-2020 comporte un chapitre sur la bientraitance. Il indique que le groupe ACPA s'est doté d'un plan « Promouvoir la bientraitance et prévenir la maltraitance » actualisé en 2012. Ce plan n'est pas repris dans le projet d'établissement qui ne définit aucun objectif opérationnel décliné au sein de l'établissement sur ce sujet. Formation à la bientraitance : En 2022, ce sont 6 salariés qui ont été formés à la bientraitance. En 2023, il n'y a pas de formation sur la bientraitance effectuée pour les agents au sein de l'EHPAD. Cette absence de formation est contraire au livret d'accueil du résident qui précise dans un encart sur la bientraitance que les personnels ont bénéficié des formations « Mieux Traiter dispensées par ALMA 75 ». En considérant le taux de rotation important du personnel au sein de l'établissement, il apparaît nécessaire que ces formations soient répétées tous les ans.	Remarque n°4 : Le plan de promotion de la bientraitance du groupe ACPA n'a pas donné lieu à des objectifs opérationnels au sein de l'établissement. Remarque n°5 : L'établissement ne propose pas régulièrement à ses salariés des formations sur la bientraitance et sur le repérage de la maltraitance. Remarque n°6 : L'absence de procédure de gestion des Événements Indésirables ne permet pas de vérifier que celle-ci aborde les situations de maltraitances, de violences, de harcèlements sexuels ou d'agression, ni qu'elle ne mentionne l'obligation de signalement au procureur.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Le livret d'accueil du nouveau salarié ne comporte aucune mention concernant la bientraitance. L'établissement ne forme pas régulièrement son personnel au repérage de la maltraitance. Situations de maltraitance, de violences, harcèlements sexuels ou d'agression : La procédure de gestion des Evénements Indésirables n'ayant pas été transmise, il n'est pas possible à la mission de contrôle de vérifier que celle-ci aborde les situations de maltraitements, de violences, de harcèlements sexuels ou d'agression, ni qu'elle mentionne l'obligation de signalement au procureur. Un mémo sur les Evénements Indésirables Graves mentionne les situations de maltraitements, de violences, harcèlements sexuels ou d'agression. Celui indique une déclaration à l'ARS, mais ne mentionne aucun signalement au procureur de la république ni une déclaration à la Ville de Paris. Les documents transmis par l'établissement lors du présent contrôle ne montrent que peu d'application réelle au niveau de l'établissement de la politique de bientraitance et de lutte contre la maltraitance affichée par le Groupe ACPA.	Remarque n°7 : Le mémo sur les Evénements Indésirables Graves ne mentionne pas l'obligation de signalement au procureur de la République.

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Enregistrement, traitement et suivi des plaintes/enquêtes de satisfaction Les enquêtes de satisfaction Aucune enquête de satisfaction n'a été transmise. Les plaintes et réclamations D'après le manuel (logiciel) des salariés, les réclamations des proches et des résidents sont enregistrées via le logiciel. Des plaintes et réclamations ont été effectivement envoyées à la	Remarque n°8 : Aucune enquête de satisfaction n'a été transmises. Remarque n°9 : Aucun des documents transmis n'indique les modalités mises en place par l'établissement pour recueillir les plaintes ou réclamations des résidents et de leurs proches.
1.5.1.1		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	mission de contrôle via le registre 2022-2023 issu d'une extraction du logiciel [REDACTED]. Ce registre comprend les plaintes et réclamations ainsi que les EI et EIG, ce qui peut porter à confusion. D'ailleurs, le tableau transmis ne comprend pas la qualification (plainte ou EI) pour chaque déclaration. Trois plaintes et leur réponse par écrit ont bien été transmises. Aucun des documents transmis n'indique les modalités mises en place par l'établissement pour recueillir les plaintes ou réclamations des résidents et de leurs proches. Seul le livret d'accueil indique sommairement que pour les réclamations la direction reste l'interlocuteur privilégiée.	
1.5.1.3	Gestion des Evénements Indésirables (EI) / Evénements Indésirables Graves (EIG) <u>Procédure</u> Deux présentations aux personnels (salariés et cadres) pour l'utilisation du logiciel [REDACTED] ont été fournies par l'établissement. Celles-ci indiquent que l'ensemble des EI et EIG sont traités via le logiciel [REDACTED]. Il existe aussi une fiche papier pour la déclaration des EI. Une fois saisie dans le logiciel ils sont envoyés directement à la directrice de l'établissement et à la référente qualité pour validation. Une revue des événements est réalisée en staff hebdomadaire et lors du COPAS mensuel. Ces manuels présentent également que tout événement qualifié d'« important » (il y a quatre catégories d'événements : mineur, significatif, important et majeur) doit faire l'objet d'un RETEX. Deux fiches type pour conduire ce RETEX ont été fournies une pour un EI et une autre spécifique pour un EIGS. Il n'est donné aucune correspondance entre les quatre niveaux de gravité d'un événement (mineur, significatif, important et majeur) et les EI ou EIG dans ces manuels. La fiche mémo sur la déclaration des EI à destination des salariés rappelle « qu'ils ont la certitude de ne pas être inquiété par leur déclaration sauf en cas de manquement délibéré ou répété aux règles. » Aucune procédure formelle de gestion des EI et EIG n'a été transmise (la procédure de gestion des EIG a été apparemment incluse dans le plan bleu (cf. 2.1.6), mais elle n'a pas été transmise non plus). <u>Formations</u>	Ecart n°9 : L'établissement n'a pas de procédure formelle de gestion des EI et EIG, ce qui ne participe pas à l'exhaustivité des déclarations qui auraient dûes être faites aux autorités de contrôle au titre de l'article L. 331-8-1 du CASF. Ecart n°10 : Les plans de développement des compétences 2022 et 2023 ne présentent aucune formation réalisée sur la gestion des EI/EIG ce qui ne participe pas à l'exhaustivité des déclarations qui auraient dûes être faites aux autorités de contrôle au titre de l'article L. 331-8-1 du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Les plans de développement des compétences des professionnels transmis ne mentionnent pas de formation sur la gestion des EI/EIG. La lecture du registre transmis montre que la majorité des déclarations et des suivis sont réalisées par la directrice et la référente qualité. Des formations sont nécessaires pour permettre la diffusion de la culture de gestion des EI/EIG auprès de l'ensemble des salariés.	
1.5.1.5	Analyses et suivi (RETEX) – Déclaration des EI/EIG Un registre 2022-2023 a été fourni par l'établissement. C'est une extraction Excel du logiciel [REDACTED] qui regroupe les plaintes, réclamations et EI-EIG. L'établissement n'a envoyé aucun RETEX formalisé d'EIG alors que le registre transmis présente des situations qui peuvent qualifier d'EIG. [REDACTED] Le seul RETEX transmis est un RETEX de l'épidémie de Covid, ce qui montre une confusion entre les crises (Covid) et les EIG. Confusion visible également dans la rédaction du plan bleu qui comprend une procédure sur les EIG (cf. 1.3.3.2). La mission de contrôle a trouvé des informations relatives au suivi des EI et EIG dans le registre 2022-2023 (Tableau Excel extraction du logiciel [REDACTED]). Ces informations montrent que le suivi et en particulier les RETEX n'est pas effectué en équipes pluridisciplinaires, mais uniquement par la directrice de l'établissement ou la référente qualité, ce qui nuit à la diffusion de la culture de déclaration et de prévention des EI.	Ecart n°11 : L'établissement n'a envoyé aucun RETEX d'EIG formalisé ce qui nuit à la démarche continue d'amélioration de la qualité (L312-8 CASF). Remarque n°10 : Les RETEX et suivi des EIG ne sont pas réalisés en équipe pluridisciplinaire, ce qui nuit à la diffusion de la culture de déclaration et de prévention des EI au sein des équipes salariées.
1.5.1.6	Transmission des EIG aux autorités de contrôle Aucun des EIG cités ci-dessus n'ont été envoyés aux autorités de contrôle (ARS et Ville de Paris).	Ecart n°12 : Aucun EIG n'ont été envoyés aux autorités de contrôle, ce qui contrevient aux articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF.

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N° IGAS

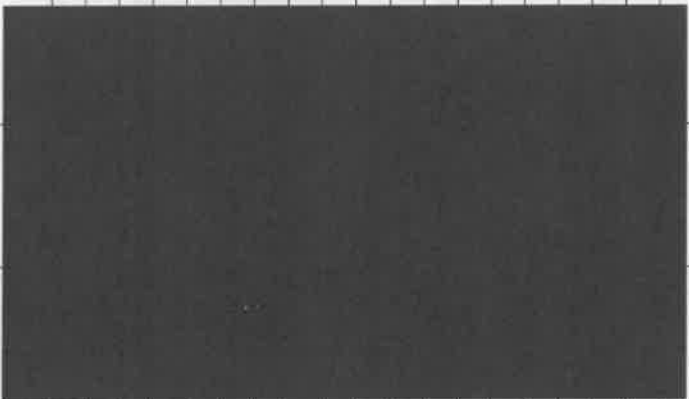
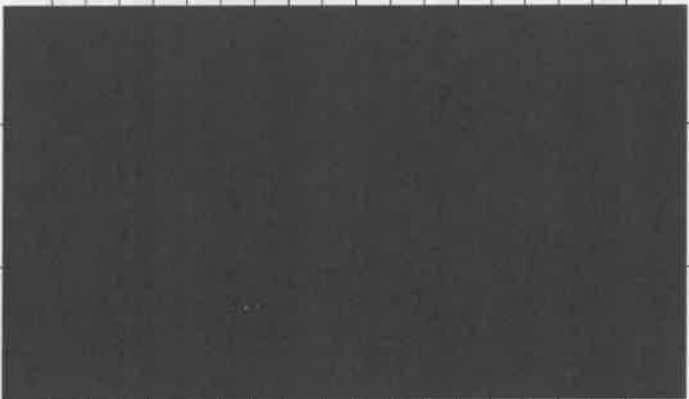
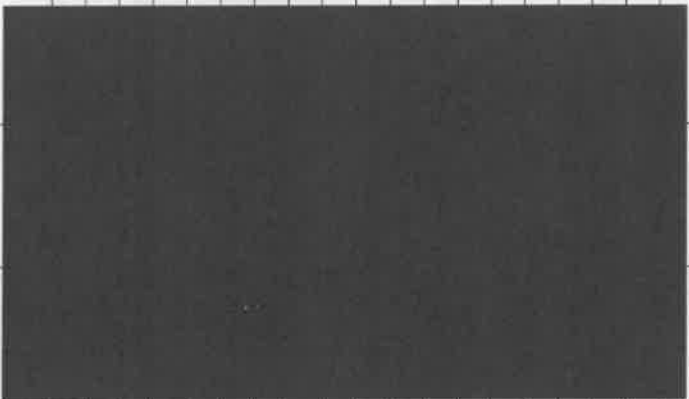
Observations ou commentaires

Constat E/R

Les effectifs

L'établissement a fourni une liste de salariés en poste, le registre du personnel et l'organigramme avec les noms, fonctions et ETP des salariés. Ces trois documents ne coïncident pas et ne permettent pas d'avoir une vision fiable des effectifs.

Selon la liste des salariés en CDI, les effectifs de l'établissement se présentent de la façon suivante (colonnes ETP et Liste) :

Fonctions	ETP	Liste	Registre
Agent service hôtelier			
Agent entretien			
AES/AMP			
AS			
Animateur			
Arthérapeute			
Attaché direction			
Auxiliaire Vie			
Directrice			
Ergothérapeute			
IDE Référent			
IDE			
Medco			
Psycho			
Psychomot			
Resp. entretien			
Resp. hôtellerie			
Resp. Hébergement			
Resp. Soins			
Secrétaire			

Ecart n°13 : Au sens des critères de calcul du CPOM, la mission constate qu'il manque ●ETP d'AS/AES et ●ETP d'IDE, ce qui contrevient aux articles L.311-3 3° et D.312-155-0, Il du CASF.

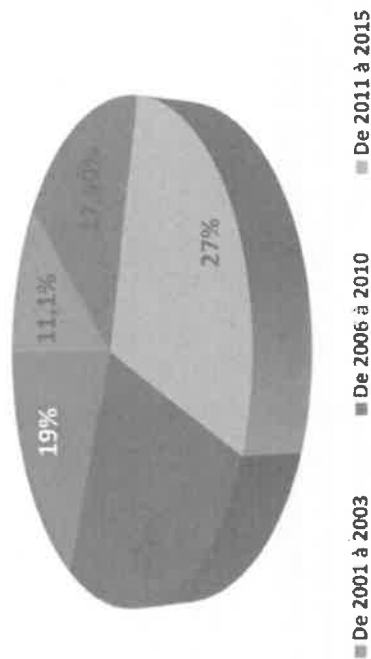
Ecart n°14 : La mission de contrôle constate que l'établissement n'est pas parvenu à stabiliser son équipe ce qui contrevient à l'article L.311-3 3° du CASF.

Remarque n°11 : Les documents sur les effectifs ne sont pas concordants et ne permettent pas d'avoir une vision fiable de la situation de l'établissement.

2.1.1.1

N°IGAS	Observations ou commentaires			Constat E/R																																																
	58,55	63	20																																																	
La colonne Registre fait apparaître les professionnels qui sont mentionnés dans le registre du personnel, ce qui correspond aux entrées des années 2021, 2022 et 2023. Selon la liste, l'ancienneté des salariés de l'établissement s'établit de la façon suivante : Ancienneté des salariés par année <table><caption>Ancienneté des salariés par année</caption><thead><tr><th>Année</th><th>Nombre de salariés</th></tr></thead><tbody><tr><td>2001</td><td>4</td></tr><tr><td>2002</td><td>2</td></tr><tr><td>2003</td><td>2</td></tr><tr><td>2004</td><td>2</td></tr><tr><td>2005</td><td>2</td></tr><tr><td>2006</td><td>2</td></tr><tr><td>2007</td><td>2</td></tr><tr><td>2008</td><td>2</td></tr><tr><td>2009</td><td>2</td></tr><tr><td>2010</td><td>2</td></tr><tr><td>2011</td><td>2</td></tr><tr><td>2012</td><td>2</td></tr><tr><td>2013</td><td>2</td></tr><tr><td>2014</td><td>2</td></tr><tr><td>2015</td><td>2</td></tr><tr><td>2016</td><td>2</td></tr><tr><td>2017</td><td>2</td></tr><tr><td>2018</td><td>2</td></tr><tr><td>2019</td><td>2</td></tr><tr><td>2020</td><td>2</td></tr><tr><td>2021</td><td>2</td></tr><tr><td>2022</td><td>2</td></tr><tr><td>2023</td><td>2</td></tr></tbody></table> Malgré la présence de membres de l'équipe depuis plus de 10 ans, voire pour les plus anciens depuis plus de vingt ans, sont renouvellement a été important ces dernières années. Cette ancienneté peut être considérée comme relative puisqu'elle concerne la présence dans le groupe et non dans l'établissement. Regroupée par périodes quinquennales, elle peut être représentée de la façon suivante :					Année	Nombre de salariés	2001	4	2002	2	2003	2	2004	2	2005	2	2006	2	2007	2	2008	2	2009	2	2010	2	2011	2	2012	2	2013	2	2014	2	2015	2	2016	2	2017	2	2018	2	2019	2	2020	2	2021	2	2022	2	2023	2
Année	Nombre de salariés																																																			
2001	4																																																			
2002	2																																																			
2003	2																																																			
2004	2																																																			
2005	2																																																			
2006	2																																																			
2007	2																																																			
2008	2																																																			
2009	2																																																			
2010	2																																																			
2011	2																																																			
2012	2																																																			
2013	2																																																			
2014	2																																																			
2015	2																																																			
2016	2																																																			
2017	2																																																			
2018	2																																																			
2019	2																																																			
2020	2																																																			
2021	2																																																			
2022	2																																																			
2023	2																																																			

Répartition de l'ancienneté des salariés



Le renouvellement ces trois dernières années représente 42,9% de l'équipe et touche en nombre les auxiliaires de vie, et dans une moindre mesure, les aides-soignants et les accompagnants éducatifs et sociaux (ex AMP). Ce renouvellement a aussi concerné un médecin, un psychologue et un psychomotricien. C'est également 27% de l'équipe qui a été renouvelé entre 2011 et 2020.

Cette équipe est complétée en octobre 2023 par 10 contractuels à durée déterminée, et concerne les professions d'agent de service hôtelier, d'aide-soignant, d'auxiliaire de vie et d'infirmier. Il représente une présence effective de 10 ETP. Il est à noter que selon les données fournies, un seul poste de contractuel est encore présent dans l'établissement en novembre. Il s'agit d'un poste d'agent de service hôtelier.

Selon la liste des salariés fournie, l'établissement accueille également :

- Un contrat d'apprentissage pour la fonction de chargé de mission,
- Un contrat de professionnalisation pour la fonction d'animateur,
- Trois contrats d'accompagnement à l'emploi pour la fonction d'accompagnant éducatif et social.

L'organigramme présente un total de 10 salariés pour 10 ETP. 10 postes d'infirmier sont indiqués à l'organigramme comme étant « à recruter », ce qui représente 10 salariés pour 10 ETP en tenant compte de ces 10 postes. Ces données ne correspondent pas à la liste du personnel fournie. Au-delà des écarts d'ETP, la Mission constate qu'il manque à l'organigramme :

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	d'agent de service hôtelier, d'auxiliaires de vie, de psychologue, de psychomotricien, de Medco. A contrario, la liste ne mentionne pas ● poste de responsable qualité, ● postes au PASA, et ● ETP d'infirmier (en comptabilisant les ● ETP vacants). Dans le cadre du CPOM 2021-2025 signé par l'établissement, il est mentionné l'objectif suivant : « La fidélisation du personnel et la stabilisation des équipes dans un contexte de tensions RH particulièrement important sur les postes soignants et infirmiers ». La Mission de contrôle constate que cet objectif n'est pas atteint pour le personnel infirmier. A la date du contrôle, l'établissement affecte à la prise en charge des soins et l'accompagnement des résidents l'effectif en CDI suivant (hors PASA) : -1 IDEC (1 ETP), -3 IDE référents et 1 IDE (soit au total 3,25 ETP), -14 ETP d'AS, -3 ETP AES (ex. AMP), -14 ETP Auxiliaires de Vie. Il est à noter que la notion d'IDE référent n'est pas explicitée. La responsable de soins est bien identifiée en tant qu'IDEC. Afin d'évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents au regard de l'effectif soignant de l'établissement actuellement en poste, il convient de s'appuyer sur un effectif minimal de soignants requis calculé sur des critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du CPOM. Les critères retenus prennent en compte la dernière coupe AGGIR/PATHOS pour déterminer la prise en charge des soins et de la dépendance et le nombre de places en hébergement permanent autorisées. Evolution quantitative des effectifs soignants présents (critères CPOM) : Nombre d'ETP rémunéré correspond aux besoins (basé sur formule utilisée dans les CPOM pour déterminer le financement).	

N°GAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Capacité d'hébergement permanent x GMP établissement validé : nombre d'ETP : [REDACTED] Capacité d'hébergement permanent x PMP établissement validé : nombre d'ETP d'IDE : [REDACTED] S'agissant de l'effectif d'IDE : conformément aux objectifs du CPOM, il manque [REDACTED] ETP d'IDE. S'agissant de l'effectif AS/AES/AMP : l'établissement est non conforme. En effet, il dispose de [REDACTED] ETP d'AES/AMP en CDI, alors qu'il lui faudrait à minima 24 ETP ; il manque donc [REDACTED] ETP d'AS/AES/AMP. En qualité : hormis les AS/AES/AMP, l'établissement affecte [REDACTED] ETP d'auxiliaire de vie pour la prise en charge soins des résidents. Ces personnels sont non qualifiés, puisqu'ils ne disposent pas des diplômes d'Etat exigés par l'article D.312-155-0, II du CASF, l'établissement contrevient ainsi à l'article précité.	
2.1.1.3	<u>Le taux de rotation du personnel</u> Le taux de rotation du personnel déclaré en 2023 lors de la campagne ANAP 2022 est de [REDACTED] %. Ce taux est en-dessous de la médiane nationale (12,1 %), régionale (11,76 %) et un peu plus élevé que celui (10,32 %) de son département d'implantation (Paris (75)). De ces données, la mission constate que le taux de rotation du personnel de l'établissement – comparé aux médianes territoriaux – confirme une relative stabilité de ses effectifs en CDI. Le taux de rotation du personnel déclaré en 2022 lors de la campagne ANP 2021 est de [REDACTED] %. Ce taux est largement au-dessus de la médiane nationale (11,94%), régionale (12,21%) et de celle d'implantation de son département d'origine (13,52%). Compte-tenu du contexte sanitaire de l'année 2021, il est difficile d'en déduire une instabilité de l'équipe. Le meilleur taux obtenu en 2022 confirme un retour à plus de stabilité, mais reste encore élevé. <u>Le taux d'absentéisme</u> Le taux d'absentéisme du personnel déclaré en 2023 lors de la campagne ANAP 2022 est de [REDACTED] %. Ce taux est en dessous de la médiane nationale (12,1 %), dans la moyenne de la médiane régionale (11,76 %) et au-dessus de celle (10,32 %) de son département d'implantation.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le taux d'absentéisme du personnel de 2022 que l'établissement a déclaré lors de la campagne ANAP de 2021 est de 11,94 %. Ce taux est au-dessous de la médiane nationale (11,94 %), en dessous du taux régional (12,21 %) et en dessous de celle (12,01 %) de son département d'implantation. ***** Le taux de rotation du personnel et le taux d'absentéisme sont meilleurs en 2023 qu'en 2022, cependant ils restent élevés car proches des médianes, voire en-dessus.	
2.1.1.6	Le recrutement des contractuels D'après le registre du personnel, ce sont 10 salariés en contrat à durée déterminée qui ont été recrutés par l'établissement jusqu'en novembre 2023, seulement 1 apparaissent dans la liste du personnel fournie. Au 1^{er} novembre, ils sont 10 CDD en poste, 1 auxiliaires de Vie et 1 agent hôtelier, dont seul le contrat de ce dernier se poursuit au-delà de novembre. Sur cette période, le recrutement de ces salariés a nécessité la rédaction de 10 contrats, soit une moyenne de 10 contrats par salariés en CDD. La durée des contrats varie de 1 jour à 31 jours, et le nombre de contrats dont bénéficie un salarié en CDD varie de 1 à 12. La durée moyenne de l'ensemble de ces contrats est de 16,14 jours. L'établissement a recours de façon importante aux contrats à durée déterminée pour pallier les absences de courte durée. Le besoin de stabilisation de l'équipe était déjà évoqué dans le CPOM signé en 2021. La mission de contrôle fait le constat que la direction ne s'est pas engagée dans une démarche visant à stabiliser son équipe, tant sur l'identification des causes liées à l'absentéisme que du recrutement de personnel permanent en nombre suffisant. Compte-tenu du nombre de postes vacants dans l'équipe soignante et du nombre de contrats réalisés sur de courtes périodes, la non stabilisation de l'équipe est de nature à remettre en cause la sécurité de la prise en charge des résidents. Elle ne permet pas non plus d'assurer un accompagnement individualisé favorisant le développement, l'autonomie et l'insertion des résidents tout en tenant compte de leurs besoins propres.	Ecart n°15 : La non stabilisation de l'équipe est de nature à remettre en cause la sécurité de la prise en charge des résidents (Article L.311-3 3° du CASF).
2.1.2.1	Le plan de développement des compétences Le plan de développement des compétences de 2022 et 2023 ont été transmis par l'EHPAD. Le plan 2024 n'a pas été transmis.	Remarque n°12 : L'établissement ne propose pas de formations, notamment, à la bientraitance, au repérage de la maltraitance, et à la prise en charge des troubles du comportement, des troubles sensoriels et des douleurs.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le plan 2022 comprend les formations suivantes : - Formation au DEAS (4 salariés), - Gestes et postures (TMS) (8 salariés), - CSST/HAPA (1 salarié), - AFGSU 2 (1 salarié), - Soins palliatifs (1 salarié), - ASG (6 salariés), - Analyse de la pratique (7 salariés), - Prévention sécurité incendie (183 salariés), - Hygiène et entretien des locaux (24 salariés), - Tutorat des nouveaux embauchés (1 salarié), - Secrétariat (1 salariés), - Bientraitance / Bienveillance (6 salariés), - Montessori (11 salariés), - BPJEPS (1 salarié), - DE Psychomotricien (1 salarié), - Incontinence (12 salariés), - Habilitation électrique (1 salarié). Le plan 2023 comprend les formations suivantes : - DEAS (2 salariés), - Analyse de la pratique (14 salariés), - Prévention sécurité incendie (73 salariés) - SST (2 salariés), - Habilitation électrique (2 salariés), - SSIAP (2 salariés), - BPJEPS (1 salarié), - DE Psychomotricien (1 salarié), - Management (2 salariés). Ce sont 17 formations qui ont été proposées en 2022 et qui ont concernées 86 salariés, contre 9 en 2023 pour 26 salariés concernés. (Sans comptabiliser la formation sécurité incendie dont le périmètre dépasse l'établissement). L'établissement propose trois formations diplômantes : Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant, Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport et le Diplôme d'Etat de Psychomotricien.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le plan de développement des compétences ne propose pas régulièrement les formations suivantes, notamment : bientraitance, repérage de la maltraitance, troubles du comportement, troubles sensoriels, douleurs ; ce qui ne correspond pas aux recommandations de l'IAS sur la « mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et traitement de la maltraitance » de 2008.	
2.1.2.5	L'accueil des nouveaux professionnels Un protocole d'accueil des nouveaux professionnels a été transmis par l'établissement. Dans cette procédure, il est indiqué que les nouveaux salariés sont accompagnés par un référent qui s'occupe de leur formation. Le salarié est vu par le tuteur des nouveaux embauchés pour faire le point sur son arrivée, CDI et CDD longs, alternants inclus.	
2.1.4.5	Les plannings L'établissement a fourni les plannings de l'ensemble des salariés pour les mois d'octobre, novembre et décembre. Celui-ci est un fichier Excel qui se présente sous la forme d'une liste de salariés par ordre alphabétique, avec indication du poste, du type de contrat, du temps de travail et du service dans lequel l'agent est affecté. Les salariés en CDI disposent d'une affectation de service, alors que tous les salariés en CDD n'en disposent pas. Le planning de l'IDEC suit une présence par rotation de deux à trois jours, entrecoupée de repos de deux à trois jours. Elle est amenée à être présente également le week-end, soit un week-end sur deux. Sur ces trois mois, la présence infirmière est insuffisante sur 35 jours, soit 38 % de la période, et à risque sur 10 jours, soit 10,8 % de la période. La présence infirmière réalisée et programmée par l'établissement ne permet pas d'assurer la sécurité des soins des résidents en continue.	Ecart n°16 : La présence infirmière réalisée et programmée dans l'établissement est insuffisante et ne permet pas d'assurer la sécurité des soins en continue, ce qui contrevient aux articles R.4311-1 du CSP & L311-3, 1° CASF. Ecart n°17 : La Mission de contrôle constate un glissement de tâches des fonctions d'aide-soignant vers les accompagnants éducatifs et sociaux (ex AMP) et les auxiliaires de vie. (Articles L.4391-1 du CSP, L.311-3 1°, L.451-1, D.312-55-0, R.451-88 & 89 du CASF, arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES.)

N°IGAS

Observations ou commentaires

Constat E/R

En ce qui concerne les salariés de l'équipe soignante, la répartition par étage n'est pas identique d'un mois à l'autre. La répartition des membres de l'équipe soignante par étage et par mois est synthétisée ci-dessous :

Mois	OCTOBRE					NOVEMBRE					DÉCEMBRE				
	Equipe	Lits	AS	AES	AXV	Total	AS	AES	AXV	Total	AS	AES	AXV	Total	
1er étage															
2ème étage															
3ème étage															
4ème étage															
5ème étage															
Nuit															

Le nombre de soignants affecté par étage varie en fonction du nombre de lits dans l'étage, sans que celui-ci soit stable d'un mois à l'autre.

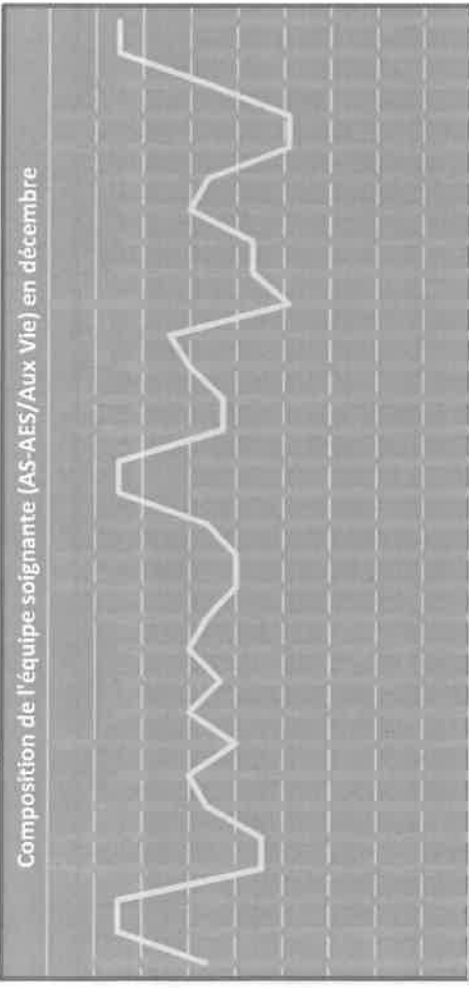
L'analyse de la composition de l'équipe soignante de l'établissement fait apparaître que celle-ci est majoritairement composée d'auxiliaires de vie (Cf. graphiques pour les mois d'octobre, novembre et décembre ci-dessous). Cette part d'auxiliaires de vie fluctue entre 40 % et 91 % pour le mois d'octobre, entre 40 % et 79 % pour le mois de novembre et entre 39 % et 75 % pour le mois de décembre. Ce dernier planning étant prévisionnel, cela indique une organisation structurelle de l'équipe dans laquelle la part d'auxiliaire de vie est régulièrement plus importante que les aides-soignants.

La Mission de contrôle relève que la part d'auxiliaires de vie dans l'équipe soignante est supérieure à 60 % :

- 17 jours en octobre : 1, 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 26, 30, 31, soit 54,3 % du mois ;
- 16 jours en novembre : 3, 4, 5, 8, 9, 13, 14, 17, 18, 19, 22, 23, 25, 26, 27, 28, soit 53,3 % du mois ;
- 12 jours en décembre : 2, 3, 7, 9, 11, 16, 17, 20, 21, 25, 30, 31, soit 38,7 %.

La part importante d'auxiliaires de vie dans l'équipe soignante, l'insuffisance du nombre de soignants sur certaines périodes et l'absence d'aides-soignants à certains étages constitue un glissement de tâches des fonctions d'aide-soignant vers les auxiliaires de vie.

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Composition de l'équipe de soignante (AS-AES/Aux Vie) en octobre Nombre de salariés Pourcentage d'Aux Vie dans l'équipe Octobre 2023 ■ Equipe Soins (AS-AES & Aux Vie) — Rapport AS-AES/AVS	
	Composition de l'équipe de soignante (AS-AES/Aux Vie) en novembre Nombre de salariés Pourcentage d'Aux Vie dans l'équipe Novembre 2023 ■ Equipe Soins (AS-AES & Aux Vie) — Rapport AS-AES/AVS	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	20 18 16 14 12 10 8 6 4 2 0 Nombre de salariés Composition de l'équipe soignante (AS-AES/Aux Vie) en décembre  1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 Décembre 2023 (prévisionnel) ■ Equipe Soins (AS-AES & Aux Vie) — Rapport AS-AES/AVS Les fiches de tâches heurées L'établissement a transmis la fiche de tâches heurées pour l'équipe soignante, à savoir les aides-soignants, les accompagnants éducatifs et sociaux (ex AMP) et les auxiliaires de vie. Ces trois professionnels exercent les mêmes missions. Celle-ci met en évidence trois profils horaires sur la journée : 7h30/19h30, 8h/20h, 8h30/20h30. Le second profil est partagé en deux et se différencie sur les temps de pause, le premier sous profil étant calé sur le premier profil et le second sous profil sur le troisième profil. Selon cette fiche de tâche heurée, les professionnels exercent indifféremment, notamment, les missions suivantes : - Soins : toilette des résidents, - Gestion de la vaisselle propre et sale, - Nettoyage de la tisanerie, - Transmissions et validation des soins (traçabilité).	100% 90% 80% 70% 60% 50% 40% 30% 20% 10% 0% Pourcentage d'Aux Vie dans l'équipe
2.1.4.2		Ecart n°18 : La fiche de tâches heurées est commune aux aides-soignants (AS), accompagnants éducatifs et sociaux (AES) et aux auxiliaires de vie (AVV). La mission ne peut s'assurer qu'il n'existe pas de glissements de tâches entre ces professionnels ce qui contrevient aux articles L.311-3 1° & D.312-155-0 II du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les actes de soins pouvant être exercés par les aides-soignants n'apparaissent pas clairement dans la fiche de tâches et ne sont pas différenciés des autres professionnels. Le constat du manque d'infirmières ne permet pas d'exclure que des actes de soins sont exercés par tous les professionnels de l'équipe soignante, ce qui constitue un glissement de tâches. (Cf. Ecart n°15) La fiche de tâches horaires des IDE met nettement en évidence que celles-ci exercent des fonctions de soins et le plan de soins est de leur compétence exclusive. Cette fiche met aussi en évidence que le fonctionnement de l'établissement repose sur la présence de IDE. Le manque d'IDE constaté plus haut ne permet pas d'assurer la sécurité des soins aux résidents et ne peut exclure les glissements de tâches. (Cf. Ecart n°14)	
2.1.4.7	La procédure de remplacement Le document transmis par l'EH PAD pour la procédure de remplacement des salariés absents est le plan de continuité d'activité de l'été 2023. En l'absence de documents transmis, la mission ne peut s'assurer que la procédure de remplacement des salariés absents est complète et conforme à la réglementation. L'équipe de nuit La composition de l'équipe de nuit est stable dans son rapport entre les deux catégories de professionnels, même si elle évolue en nombre. 	Remarque 13 : le document transmis est le plan de continuité d'activité et non une procédure de remplacement des absences prévues et inopinées.
2.1.4.10	La fiche de tâches horaires présente l'organisation du travail pour les professionnels la nuit sur l'ensemble de l'établissement. L'affectation de professionnels sur deux mois interroge la Mission sur l'effectif réel nécessaire pour assurer la sécurité des résidents. Cette fiche de tâches attribue aux professionnels présents la distribution des médicaments. Cet acte est réservé aux IDE et peut-être déléguée aux AS uniquement après formation de ceux-ci. La Mission ne peut affirmer que ces AS de nuit ont reçu la formation adéquate pour distribuer les médicaments. A cette fiche de tâches est jointe une procédure de surveillance et sécurité des résidents la nuit qui s'adresse indistinctement aux AS et aux AXV. Cette procédure précise que l'équipe soignante doit réaliser trois passages dans la nuit, alors que la fiche de tâches n'en mentionne que deux.	Ecart n°19 : L'organisation mise en place pour l'équipe de nuit ne permet d'assurer la sécurité des résidents : distribution du médicament, nombre de passages et nombre de professionnels présents, ce qui contrevient à l'article L.311-3-1 du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Par l'organisation mise en place, l'établissement ne permet pas que la sécurité des résidents soit assurée la nuit.	

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 La procédure d'admission des résidents est conforme à la réglementation. La procédure prévoit que le MedCo donne son avis via les dossiers, suite au dépôt de la demande d'admission en EHPAD ainsi qu'au moment de la visite d'orientation. Le questionnaire 7 mentionne également qu'au moment de l'admission le médecin est consulté pour une évaluation gériatrique et un recueil des derniers éléments médicaux.	Remarque 14 : La procédure d'admission ne précise pas les évaluations gériatriques réalisées lors de l'admission.
3.2.1.2	La procédure d'admission ne fait pas état d'évaluations relatives aux chutes, déglutition et escarres. Mais, on trouve dans le RAMA les éléments suivants concernant ces dernières évaluations durant le séjour. Déglutition : Le RAMA évoque le projet PEC nutrition qui comporte les volets suivants : - Mise en place d'une surveillance alimentaire et d'une alimentation enrichie avec une information transmise au médecin traitant si perte de poids ; - Évaluation du niveau de trouble de déglutition par une orthophoniste sur sollicitation de l'équipe soignante et prescription médicale. Une fiche de conseils détaillés pour l'alimentation et les attitudes à avoir est transmise à l'équipe soignante et une réévaluation régulière est faite lors des réunions cliniques hebdomadaires. - Mise en place d'une fiche de suivi alimentaire lors d'un amaigrissement ou d'une baisse d'apport nutritionnel ou à chaque retour d'hospitalisation ; - Mise en place d'un recueil des souhaits et des goûts des résidents ; - Formation des soignants aux troubles de la déglutition lors des réunions cliniques hebdomadaires. Chutes : Le RAMA indique que l'établissement a mis en place un suivi individuel des chutes. Pour chaque chute, une déclaration est faite. Lors de son passage à l'EHPAD, le médecin traitant est informé de la chute de son patient, afin qu'une évaluation médicale soit effectuée. Une évaluation kiné est également faite systématiquement afin de déterminer la présence éventuelle d'un syndrome post-chute et de définir le besoin d'une rééducation la plus rapide possible.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Un tableau de données médicales versé par l'établissement permet de constater que les évaluations de type BRADEN ne sont pas effectuées au moment de l'admission, mais durant le séjour des résidents. Il est dit dans le RAMA qu'un dépistage systématique de la douleur est mis en place à l'entrée du résident et que l'évaluation de la douleur est réalisée autant de fois que nécessaire avec une échelle d'hétéroévaluation pour les résidents apuci communicants : ALGOPLUS ou avec une échelle d'autoévaluation pour les résidents communicants : EVS.	
3.1.3.3	Le Projet d'Accompagnement Individualisé (PAI) <u>Procédure :</u> La procédure d'élaboration du PAI mentionne qu'un coordonnateur de projet est désigné pour chaque résident. Le questionnaire 7 informe que les référents PAI sont les soignants de proximité qui accompagnent au quotidien les résidents. D'après la procédure fournie, le PAI est préparé dès l'admission du résident et dans les 3 à 6 mois suivant l'admission du résident. La procédure prévoit que le PAI doit être suivi en continu. Cette procédure mentionne qu'à la date prévue d'évaluation ou suite à un événement particulier nécessitant la révision des objectifs et actions du PAI il est réévalué. Les personnes accueillies participent à l'élaboration de leur PAI. <u>Réalisation :</u> L'établissement n'a pas transmis la liste des résidents et la date de réalisation de leur PAI. La mission de contrôle ne peut contrôler l'application de l'article D312.155.0 3° du CASF.	Ecart n°20 : L'établissement n'a pas transmis la liste des résidents et la date de réalisation de leur PAI. La mission de contrôle ne peut contrôler l'application de l'article D312.155.0 3° du CASF.
3.1.4.4	La commission de coordination gériatrique Il existe une commission gériatrique et l'établissement a versé un compte rendu daté de février 2023. Il n'est pas possible de vérifier que cette commission se réunit une fois par an comme le prévoit la réglementation. Sur les deux compte-rendu demandés pour la commission de coordination gériatrique un seul a été transmis par l'EHPAD. Il est en date du 17 février 2023.	Ecart n°21 : En l'absence de documents transmis, la mission ne peut s'assurer que la commission de coordination gériatrique se réunit une fois par an ce qui contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les modalités d'intervention des professionnels médicaux	
3.1.4.5	18 professionnels interviennent en tout dans l'EHPAD : 1 dentiste, 1 psychiatre, 1 cardiologue, 1 dermatologue, 2 gériatres, 2 medCo et 1 médecin prescripteur interviennent dans l'établissement. Ils utilisent le logiciel de soins Titan.	
	Le système d'appel malade	
2.5.4.3	Dans le questionnaire 7, l'EHPAD informe la mission qu'ils disposent du système d'appel malade de la société CRMS et le contrôle des appels malades est réalisé directement sur le logiciel IP CARE qui est installé sur un ordinateur dédié à l'accueil. Tout le dispositif est en cours de renouvellement car le logiciel ne permet que de visualiser le fil de l'eau des appels avec les horaires de déclenchement et de réponse. La mission de contrôle constate que le suivi du temps de réponse aux appels malades n'est pas assuré et que ce dysfonctionnement a déjà provoqué des manquements à la sécurité des résidents (cf. 1.5.1.3 Gestion des EIG ci-dessus : une résidente qui avait chutée a été découverte plus d'une heure plus tard en hypothermie).	Ecart n°22 : La mission de contrôle constate que le suivi du temps de réponse aux appels malades n'est pas assuré et que ce dysfonctionnement a déjà provoqué des manquements à la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF 1°.

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
Les droits du résident Le livret d'accueil de l'établissement cite les personnes qualifiées sans en expliquer leur rôle. Il indique aussi la possibilité d'avoir recours à un médiateur de la consommation. Le contrat de séjour contient des dispositions portant sur les droits des résidents : - la rédaction des directives anticipées, - la possibilité de désigner une personne de confiance, - le droit à l'image, - les droits associés à la protection des données personnelles, - le libre choix du médecin traitant, - la possibilité de recourir à des personnes qualifiées en cas de litige avec l'établissement. Les droits relatifs à la liberté d'aller et venir ne sont pas abordés dans le contrat de séjour ce qui contrevient à l'article R311-0-7 du CASF.		Remarque 15 : La charte des droits et libertés de la personne accueillie n'est pas présentée ni dans le livret d'accueil, ni dans le contrat de séjour. Ecart n°23 : Les droits relatifs à la liberté d'aller et venir ne sont pas abordés dans le contrat de séjour ce qui contrevient à l'article R311-0-7 du CASF.
La procédure relative aux contentions Une procédure relative aux contentions datée du 1/06/2023 a bien été transmise. C'est la procédure générique du groupe ACPA. Elle mentionne bien que les contentions sont sous couvert d'une prescription médicale et la réévaluation doit être quotidienne et permettre la levée dès que l'état du résident le permet. Elle indique également l'information et la recherche de consentement du résident. La prise en compte de la limitation des droits d'aller et venir du résident par la pause de la contention passive n'est pas abordée dans la procédure. Elle indique en préambule : « La contention physique passive doit rester exceptionnelle. Elle devra toujours être une pratique de dernier recours, après l'échec d'autres alternatives. » Un bilan des contentions est présenté dans le RAMA 2022, il indique que 100% des résidents ont eu une contention physique, qui sont pour leur majorité (environ 30%) des barrière double de lit. Puis vient bien derrière les ceintures pelviennes au fauteuil qui ont augmenté entre 2021 (4%) et 2022 (8,6%). La réalité de ces chiffres nuance fortement le préambule de la procédure rappelé au paragraphe précédent.		Remarque 16 : La prise en compte de la limitation des droits d'aller et venir du résident par la pause de la contention passive n'est pas abordée dans la procédure relative aux contentions. Remarque 17 : Les chiffres présentés par le RAMA 2022 au sujet du nombre de contentions passives utilisées ne démontrent pas la politique de prévention des contentions annoncées par la procédure générique du groupe.

Soins

N°IGAS	Observations ou commentaires	N°IGAS
La convention partenariale avec une officine Une convention entre l'EHPAD et une officine a été transmise. Elle est en date du 01/01/2014 et renouvelable tacitement par période annuelle. D'après la convention fournie, il apparaît que : - Les moyens de transmission des ordonnances de l'EHPAD à l'officine : les prescriptions sont envoyées via [REDACTED]. En cas de passage non enregistré sur la base [REDACTED] l'infirmière transmet la prescription papier au médecin coordonnateur ou à un médecin prescripteur afin de pouvoir assurer la saisie sur le logiciel. - Les prescriptions urgentes et ponctuelles sont faxées à la pharmacie. En cas de panne du fax, possibilité de scanner les ordonnances et de les envoyer par mail. - Les moyens de transmission des conseils thérapeutiques de l'officine et des observations entre EHPAD et officine : l'officine s'engage à ce que les produits et les informations nécessaires à leur bon usage, soient délivrés par un de ses membres dit « personne référente », spécialement formé aux problématiques et besoins des résidents de l'EHPAD. Il s'agit d'un pharmacien titulaire ou d'un préparateur en pharmacie. En cas d'absence, la pharmacie référente s'engage à ce qu'une autre personne munie des compétences nécessaires assure la fonction de personne référente. 3.8.2.9		
La délégation d'administration des médicaments Le protocole transmis mentionne que les médicaments sont distribués par l'IDE. En cas d'absence d'une infirmière, l'IDE présente pour la mise en bouche de chaque sachet de traitement se faire aider d'une aide-soignante référente pour la mise en bouche des médicaments écrasés associés à une crème dessert ou de la confiture. L'infirmière présente reste physiquement à proximité de l'aide-soignante et pourra être épaulée par le cadre de santé sur d'autres étages. Le protocole précise bien que l'administration du médicament est de la responsabilité de l'IDE. Les IDE assurent la traçabilité de la prise médicamenteuse. Par contre, la délégation de l'administration des médicaments de l'IDE 3.8.2.22		Ecart n°24 : Le manque d'ETP d'IDE, d'AS et des absences de l'IDEC, ne permet pas d'assurer le protocole d'administration des médicaments, ce qui remet en cause la sécurité des résidents (Article L311-3 du CASF 1°). Ecart n°25 : La délégation de l'administration des médicaments de l'IDE vers les AS ne précise pas qu'elle concerne uniquement les médicaments de la vie courante. De plus, la liste des AS habilitées à l'administration des

N°IGAS	Observations ou commentaires	N°IGAS
	vers les AS ne précise pas qu'elle concerne uniquement les médicaments de la vie courante. De plus, la liste des AS habilitées à l'administration des médicaments n'a pas été fournie. Compte-tenu des constats dressés plus haut (cf. Gestion des ressources humaines) sur le manque d'ETP d'IDE, d'AS et des absences de l'IDEC, la mission de contrôle constate que le protocole d'administration des médicaments ne peut être appliqué, ce qui remet en cause la sécurité des résidents.	médicaments n'a pas été fournie (Articles R4311-3 du Code de la Santé Publique et L313-26 CASF)
3.8.2.24	Le protocole de dépistage de la douleur Un protocole de dépistage de la douleur a bien été transmis par l'établissement et deux procédures du groupe ACPPA. Le protocole ne précise pas qu'en cas d'absence de douleur évoquée ou constatée, une évaluation par an sera réalisée pour chaque résident. Le nombre de résidents ayant bénéficiés d'une évaluation de la douleur n'est pas renseigné dans le RAMA 2022. Il indique que des sensibilisations des soignants sont faites très régulièrement sur l'utilisation des échelles ALGOPLUS et EVS et que les traitements antalgiques sont régulièrement réévalués par les médecins pour les adapter. De plus, le tableau des évaluations médicales nominatif fourni par l'établissement montre bien que tous les résidents bénéficient d'une évaluation de douleur au moins une fois par an.	Remarque 18 : Le protocole de dépistage de la douleur ne précise pas qu'en cas d'absence de douleur évoquée ou constatée, une évaluation par an sera réalisée pour chaque résident.
3.8.2.25	Le protocole de soins palliatifs Un protocole relatif aux soins palliatifs a été transmis par l'EH PAD. Le RAMA ne comporte pas d'éléments concernant les soins palliatifs.	Remarque 19 : Le protocole relatif aux soins palliatifs ne comporte pas d'éléments concernant la sédation profonde, les directives anticipées et la personne de confiance. Il n'a été validé que par la directrice médicale et la directrice qualité et communication. Il n'est donc pas possible de s'assurer qu'il est rédigé, validé et connu par tout le personnel. Remarque 20 : Le RAMA ne comporte pas d'éléments concernant les soins palliatifs.
3.4.3.9	Le suivi mensuel des pesées Il est indiqué dans le RAMA que l'établissement effectue une surveillance mensuelle du poids avec l'analyse de la courbe du poids. S'il y a perte de poids, mise en place d'une surveillance alimentaire et information transmise au médecin traitant ou mise en place d'une alimentation enrichie.	

N° IGAS	Observations ou commentaires	N° IGAS
	Un tableau transmis par l'établissement montre une pesée mensuelle, voire au minimum tous les deux mois pour certains résidents. Il en va de même pour l'IMC des résidents qui est contrôlé mensuellement ou de manière bimestriellement.	

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
4.2.1.2	Les interventions des professionnels extérieurs Un planning d'intervention des personnels médicaux et paramédicaux libéraux a été transmis. Au sein de l'EHPAD interviennent 3 orthophonistes libéraux, 4 kinésithérapeutes, un ergothérapeute libéral et une pédicure. Les kinésithérapeutes sont présents tous les jours de la semaine.	

Récapitulatif des écarts et des remarques

Nbre		Ecart
1	L'établissement n'a pas transmis la liste des résidents ainsi que leur GIR. Ainsi la mission de contrôle ne peut contrôler l'application de l'article D313-15 du CASF.	
2	Le projet d'établissement date de plus de 5 ans, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	
3	Le plan bleu présenté par l'établissement ne répond pas entièrement aux préconisations de 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).	
4	La composition du CVS n'est pas conforme à la réglementation, le nombre de représentants des résidents, familles et représentants légaux est insuffisant, et contrevient aux articles D311-5 et 7 du CASP.	
5	La composition du CVS n'est pas conforme à la réglementation, le directeur ne peut siéger qu'en tant que membre avec voix consultative, et contrevient à l'article D311-9 du CASF.	
6	Les comptes rendus des CVS de 2022 et 2023 ne laissent pas apparaître d'information sur les EI et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R331-10 du CASF.	
7	Aucun Plan d'Amélioration Continue de la Qualité n'a été transmis par l'établissement, ce qui contrevient à l'article L312-8 du CASF.	
8	Aucune évaluation externe récente n'a été transmise dans le cadre du présent contrôle (L312-8 CASF).	
9	L'établissement n'a pas de procédure formelle de gestion des EI et EIG, ce qui ne participe pas à l'exhaustivité des déclarations qui auraient dues être faites aux autorités de contrôle au titre de l'article L. 331-8-1 du CASF.	
10	Les plans de développement des compétences 2022 et 2023 ne présentent aucune formation réalisée sur la gestion des EI/EIG ce qui ne participe pas à l'exhaustivité des déclarations qui auraient dues être faites aux autorités de contrôle au titre de l'article L. 331-8-1 du CASF.	
11	L'établissement n'a envoyé aucun RETEX d'EIG formalisé ce qui nuit à la démarche continue d'amélioration de la qualité (L312-8 CASF).	
12	Aucun EIG ont été envoyés aux autorités de contrôle, ce qui contrevient aux articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF.	

13	Au sens des critères de calcul du CPOM, la mission constate qu'il manque l'ETP d'AS/AES et un ETP d'IDE, ce qui contrevient aux articles L.311-3 3° et D.312-155-0, II du CASF.
14	La mission de contrôle constate que l'établissement n'est pas parvenu à stabiliser son équipe ce qui contrevient à l'article L.311-3 3° du CASF.
15	La non stabilisation de l'équipe est de nature à remettre en cause la sécurité de la prise en charge des résidents (Article L.311-3 3° du CASF).
16	La présence infirmière réalisée et programmée dans l'établissement est insuffisante et ne permet pas d'assurer la sécurité des soins en continue, ce qui contrevient aux articles R.4311-1 du CSP & L.311-3, 1° CASF.
17	La Mission de contrôle constate un glissement de tâches des fonctions d'aide-soignant vers les accompagnants éducatifs et sociaux (ex AMP) et les auxiliaires de vie. (Articles L.4391-1 du CSP, L.311-3 1°, L.451-1, D.312-55-0, R.451-88 & 89 du CASF, arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES.)
18	La fiche de tâches horaires est commune aux aides-soignants (AS), accompagnants éducatifs et sociaux (AES) et aux auxiliaires de vie (AXV). La mission ne peut s'assurer qu'il n'existe pas de glissements de tâches entre ces professionnels ce qui contrevient aux articles L.311-3 1° & D.312-155-0 II du CASF.
19	L'organisation mise en place pour l'équipe de nuit ne permet d'assurer la sécurité des résidents : distribution du médicament, nombre de passages et nombre de professionnels présents, ce qui contrevient à l'article L.311-3-1 du CASF.
20	L'établissement n'a pas transmis la liste des résidents et la date de réalisation de leur PAI. La mission de contrôle ne peut contrôler l'application de l'article D.312.155.0 3° du CASF.
21	En l'absence de documents transmis, la mission ne peut s'assurer que la commission de coordination gériatrique se réunit une fois par an ce qui contrevient à l'article D.312-158, 3° du CASF.
22	La mission de contrôle constate que le suivi du temps de réponse aux appels malades n'est pas assuré et que ce dysfonctionnement a déjà provoqué des manquements à la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF 1°.
23	Les droits relatifs à la liberté d'aller et venir ne sont pas abordés dans le contrat de séjour ce qui contrevient à l'article R.311-0-7 du CASF.
24	Le manque d'ETP d'IDE, d'AS et des absences de l'IDEC, ne permet pas d'assurer le protocole d'administration des médicaments, ce qui remet en cause la sécurité des résidents (Article L.311-3 du CASF 1°).

La délégation de l'administration des médicaments de l'IDE vers les AS ne précise pas qu'elle concerne uniquement les médicaments de la vie courante De plus, la liste des AS habilitées à l'administration des médicaments n'a pas été fournie ((Articles R4311-3 du Code de la Santé Publique et L313-26 CASF)

Nbre	Remarques
1	Le règlement de fonctionnement transmis n'est pas signé.
2	Le projet d'établissement 2015-2020 ne comprend aucun objectif opérationnel avec des délais d'application ou des priorités de mise en œuvre ni indicateurs de suivis.
3	Le plan bleu transmis comprend la gestion des EIG. Les EIG ne font pas partie des situations exceptionnelles qui font elles l'objet du plan bleu.
4	Le plan de promotion de la bientraitance du groupe ACPPA n'a pas donné lieu à des objectifs opérationnels au sein de l'établissement.
5	L'établissement ne propose pas régulièrement à ses salariés des formations sur la bientraitance et sur le repérage de la maltraitance.
6	L'absence de procédure de gestion des Evénements Indésirables ne permet pas de vérifier que celle-ci aborde les situations de maltraitances, de violences, de harcèlements sexuels ou d'agression, ni qu'elle ne mentionne l'obligation de signalement au procureur et de déclaration à la Ville de Paris.
7	Le mémo sur les Evénements Indésirables Graves ne mentionne pas l'obligation de signalement au procureur de la République.
8	Aucune enquête de satisfaction n'a été transmises.
9	Aucun des documents transmis n'indique les modalités mises en place par l'établissement pour recueillir les plaintes ou réclamations des résidents et de leurs proches.
10	Les RETEX et suivi des EIG ne sont pas réalisés en équipe pluridisciplinaire, ce qui nuit à la diffusion de la culture de déclaration et de prévention des EI au sein des équipes salariées
11	Les documents sur les effectifs ne sont pas concordants et ne permettent pas d'avoir une vision fiable de la situation de l'établissement.
12	L'établissement ne propose pas de formations, notamment, à la bientraitance, au repérage de la maltraitance, et à la prise en charge des troubles du comportement, des troubles sensoriels et des douleurs.
13	Le document transmis est le plan de continuité d'activité et non une procédure de remplacement des absences prévues et inopinées.

14	La procédure d'admission ne précise pas les évaluations gériatriques réalisées lors de l'admission.
15	La charte des droits et libertés de la personne accueillie n'est pas présentée ni dans le livret d'accueil, ni dans le contrat de séjour.
16	La prise en compte de la limitation des droits d'aller et venir du résident par la pause de la contention passive n'est pas abordée dans la procédure relative aux contentions.
17	Les chiffres présentés par le RAMA 2022 au sujet du nombre de contentions passives utilisées ne démontrent pas la politique de prévention des contentions annoncées par la procédure générique du groupe.
18	Le protocole de dépistage de la douleur ne précise pas qu'en cas d'absence de douleur évoquée ou constatée, une évaluation par an sera réalisée pour chaque résident.
19	Le protocole relatif aux soins palliatifs ne comporte pas d'éléments concernant la sédation profonde, les directives anticipées et la personne de confiance. Il n'a été validé que par la directrice médicale et la directrice qualité et communication. Il n'est donc pas possible de s'assurer qu'il est rédigé, validé et connu par tout le personnel.
20	Le RAMA ne comporte pas d'éléments concernant les soins palliatifs.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD «PEAN», géré par l'ACCPA a été réalisé à partir du 24/11/2023 et d'après les réponses apportées et les documents transmis par l'établissement.

La mission de contrôle a relevé les principaux dysfonctionnements suivants :

- Aucune évaluation externe récente n'a été transmise dans le cadre du présent contrôle.
- L'établissement n'a pas de procédure formelle de gestion des EI et EIG, ce qui ne participe pas à l'exhaustivité des déclarations qui auraient dues être faites aux autorités de contrôle.
- Aucun EIG ont été envoyés aux autorités de contrôle.
- Au sens des critères de calcul du CPOM, la mission constate qu'il manque ●ETP d'AS/AES et un ETP d'IDE.
- La mission de contrôle constate que l'établissement n'est pas parvenu à stabiliser son équipe, ce qui a remis en cause la sécurité de la prise en charge des résidents.
- La présence infirmière réalisée et programmée dans l'établissement est insuffisante et ne permet pas d'assurer la sécurité des soins en continue.
- L'organisation mise en place pour l'équipe de nuit ne permet d'assurer la sécurité des résidents : distribution du médicament, nombre de passages et nombre de professionnels présents.
- La mission de contrôle constate que le suivi du temps de réponse aux appels malades n'est pas assuré et que ce dysfonctionnement a déjà provoqué des manquements à la sécurité des résidents.
- Le manque d'ETP d'IDE, d'AS et des absences de l'IDEC, ne permet pas d'assurer le protocole d'administration des médicaments, ce qui remet en cause la sécurité des résidents.

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

Saint Denis, le 25/11/2024,

Madame Christel ROUGY,
coordinatrice de la mission d'inspection,
Ingénieure du génie sanitaire,
Délégation Départementale de Paris,
ARS Ile-de-France



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



Glossaire

AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
C : conforme
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CDS : Contrat de séjour
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés
CNR : Crédits non reconductibles
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : Code de la santé publique
CT : Convention tripartite pluriannuelle
CVS : Conseil de la vie sociale
DADS : Déclaration annuelle des données sociales
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DLU : dossier de liaison d'urgence
DUD : Document unique de délégation
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
E : Écart
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

Directrice
EHPAD Péan
Groupe ACCPA

Saint-Denis, le 20 NOV. 2024

Madame la Directrice

Le 17 novembre 2023, votre établissement « Péan » (N° FINESS 750041634), situé au 9-11 rue de la Santé, géré par le Groupe ACCPA, a fait l'objet d'un contrôle sur pièces, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants ainsi que sur le fondement des articles L.1421-1 et L.1435-7 du Code de la santé publique, mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

A cette occasion, il vous a été notifié la composition de la mission. A la suite du départ d'agents de la mission, nous vous informons de leurs remplacements par Madame Christel Rougy, Ingénieure du Génie Sanitaire, et Monsieur Frédéric Musso, responsable de la Mission d'inspection des ESMS parisiens qui seront cosignataires du rapport de contrôle et exerceront pleinement leurs missions dans le cadre de ce contrôle.

Ainsi, la mission comprendra, pour sa composante Ville de Paris :

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

et pour sa composante Agence régionale de santé Île-de-France :

- Madame Christel ROUGY, coordinatrice de la mission de contrôle, Ingénieure du Génie Sanitaire, Délégation Départementale de Paris ;

Les dispositions prévues par la lettre de mission du 17 novembre 2023 restent inchangées. Le présent courrier sera annexé au rapport qui vous sera transmis.

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

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

Le Directeur de la Délégation départementale
de Paris



13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 04 02 00 00
adresse@ars.iledefrance.fr

Pour le Maire de [redacted] délégation,

Déléguée
Adjointe à la sous-direction de l'Autonomie



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

Annexe 2 : Liste des documents demandés

Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces PEAN

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

35	Les attestations de formation ou de qualification relatives à la prise en charge des maladies neuro-dégénératives du personnel dédié à ces unités	SO
36	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit	OUI
37	Une fiche de tâches heurées, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AMP, AES, ASG, IDE	OUI
38	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	OUI
39	Liste des professionnels à contacter en cas d'absence	OUI
40	Procédure d'admission des résidents	OUI
41	Les 2 derniers CR et feuilles d'émargement de la commission de coordination gériatrique	OUI
42	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	OUI
43	Relevé des appels malade du mois M-1	NON
44	Procédure d'élaboration et d'actualisation du PAI	OUI
45	Livret d'accueil du résident	OUI
46	Contrat de séjour d'un résident et ses annexes	OUI
47	Procédure relative aux contentions	OUI
48	RAMA	OUI
49	Convention pharmacie EHPAD	OUI
50	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	OUI
51	Liste des personnes concernées par la délégation de l'administration des médicaments sur le semestre en cours	NON
52	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	OUI
53	Préciser les évaluations réalisées au cours de l'année N-1 avec les échelles utilisées, les scores obtenus et le nom des résidents concernés	OUI
54	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	OUI
55	Préciser les évaluations réalisées au cours de l'année N-1 avec les échelles utilisées, les scores obtenus et le nom des résidents concernés en soins palliatifs	OUI
56	Procédure de construction et de suivi du Projet de soins des résidents et le calendrier sur l'année N-1	OUI partiellement
57	Relevé des pesées, avec indication des écarts de pesée observées, le relevé des IMC, le relevé des albuminémies, le relevé des résidents sous CNO, pour tous les résidents accueillis dans la structure en année N-1	OUI
58	Les évaluations gériatriques réalisées : nature et résultat des évaluations réalisées, tous résidents en année N-1	OUI
59	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
60	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	OUI

