

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « EHPAD Foyer des Israélites Réfugiés » 5 rue de Varize, 75016 Paris N° FINESS 75 080 066 6	
<u>RAPPORT DE CONTRÔLE</u> N° 2023_IDF_00238 Contrôle sur pièces du 13/10/2023	
<u>Mission conduite par</u> -Madame Dalhia ELENGA coordinatrice de la mission d'inspection, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, -Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet Secteur Personnes Agées -Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Directions des solidarités, désigné sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ; -Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris -Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure du génie sanitaire, responsable du Pôle santé environnement -Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire	
<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	6
Contexte de la mission de contrôle.....	6
Modalités de mise en œuvre.....	6
Présentation de l'établissement.....	7
Constats.....	9
Gouvernance	10
Conformité aux conditions de l'autorisation.....	10
Management et Stratégie.....	10
Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS).....	13
Gestion de la qualité.....	14
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	15
Fonctions support.....	16
Gestion des ressources humaines	16
Prises en charge.....	21
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	21
Respect des droits des personnes	23
Coordination avec les autres secteurs.....	26
Récapitulatif des écarts et des remarques	27
Conclusion	32
Glossaire.....	34
Annexes	35
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	35
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	37

Synthèse

<u>Données générales sur l'établissement</u>			
Nom	Foyer des Israélites Réfugiés	Capacité hébergement permanent	37
Adresse	5 rue de Varize	Places habilités aide sociale	37
Arrondissement	75016	Présence d'une UVP	Non
Gestionnaire	Association Foyer des Israélites Réfugiés	Places en UHR	0
Statut juridique	Privé à but non lucratif	Places en PASA	0
L'établissement n'est pas sous CPOM.			
<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.			
<u>Méthodologie suivie et difficultés rencontrées</u>			
Le contrôle a été lancé le 6 octobre 2023 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé à la même date. 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. L'analyse a porté sur les constats faits uniquement sur pièces. La quasi-totalité des documents demandés a été transmise par la Direction de l'établissement et dans les délais impartis. Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et les principaux points forts et remarques ont porté sur les thématiques suivantes :			
<u>Points forts de l'établissement relevés par la mission</u>			
Gouvernance : 1. Une répartition des GIR conforme à la réglementation 2. Un système de traitement des réclamations rapide Fonction support : 1. Un taux d'encadrement suffisant pour permettre la prise en charge des résidents 2. Un taux d'absentéisme et de rotation du personnel en-dessous des médianes Prise en charge : 1. Des résidents disposant tous d'un médecin traitant 2. Des protocoles complets pour la démarche palliative de l'établissement			
<u>Principaux écarts et remarques constatés par la mission</u>			
Gouvernance : 1. Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation 2. Le CVS ne se réunit pas assez dans l'année 3. Les EI/EIG, dysfonctionnements ainsi que les actions correctrices ne sont pas présentées au CVS 4. La politique de bientraitance de l'établissement est insuffisamment formalisée 5. La procédure ne précise pas que les EIG doivent également être déclarés à la Ville de Paris 6. Aucun EIG n'a été transmis à la mission de contrôle pour la période de janvier 2022 au jour de la mission			

Fonctions support :

1. Gestion des RH :
2. L'absence de formation du personnel de l'établissement sur la prise en charge des personnes âgées et sur les gestes d'urgence ne garantit pas une prise en charge de qualité
3. Absence de personnel soignant dans l'établissement entre 7h et 8h.
4. En l'absence de fiche de tâche dédiée, la mission ne peut écarter un risque de glissement de tâche entre auxiliaire de vie et aide-soignant alors que ces personnels ont des référentiels de compétences différents

Prise en charge :

1. Les modalités de participation du résident à son projet d'accompagnement personnalisé (PAP) le limite à la réponse à une série de questions posées. Il ne participe pas directement à l'élaboration de son PAP
2. La mission ne peut s'assurer du bon fonctionnement système d'appel-malade et d'un temps de réponse satisfaisant.
3. Le contrat de séjour ne comporte pas d'annexe relative à l'exercice de la liberté d'aller et venir du résident
4. La mission ne peut s'assurer de l'existence d'une procédure relative au circuit du médicament propre à l'établissement
5. Le suivi mensuel des pesées n'est pas assuré dans l'établissement et la mission note que le rythme de pesées ne s'adapte pas à l'état nutritionnel des résidents

Risques environnementaux :

1. La convention de collecte des DASRI n'a pas été transmise
2. L'établissement n'a pas fourni les analyses légionnelles des années 2022 et 2023.
3. Par ailleurs pour 2021, les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur.

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

Introduction

Contexte de la mission de contrôle

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

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

Les informations connues par l'ARS et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription de l'EHPAD « Foyer des Israélites Réfugiés », situé au 5 rue Varize, 75016 Paris, FINESS n°75 080 066 6 dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines (RH)

PRISE EN CHARGE

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

Ainsi que les risques environnementaux au sein de la structure

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 13 octobre 2023 avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 6 octobre 2023. Un e-mail a été transmis à la direction le 6 octobre 2023 auquel étaient jointes :

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

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

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

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

Présentation de l'établissement

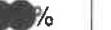
Située au 5 rue de Varize, le « Foyer des Israélites Réfugiés » est un EHPAD géré par l'Association Foyer des Israélites Réfugiés, située à la même adresse.

L'établissement « Foyer des Israélites Réfugiés » dispose par arrêté du Préfet de Paris en date du 31 décembre 2003 d'une capacité de 37 places.

Toutes les places de l'établissement sont habilitées à l'aide sociale.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR du 5 février 2015, le GMP de l'établissement s'élève à  et selon la coupe PATHOS du 22 janvier 2015 le PMP s'élève à . Aussi, le GMP de l'EHPAD est légèrement au-dessus et le PMP légèrement en-dessous de la moyenne des chiffres médians régionaux¹

Les 32 résidents accueillis au moment du contrôle étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
Foyer des Israélites Réfugiés					
	 %	 %	 %	 %	 %
Foyer des Israélites Réfugiés ²					
	 %	 %	 %	 %	 %
IDF ³ 2021	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Pour l'exercice 2022 :

- Le tarif hébergement est fixé à 83,64 € TTC pour les résidents de plus de 60 ans et à 103,51 € TTC pour les résidents de moins de 60 ans
- Le montant du forfait global dépendance autorisé s'élève à 268 344,00 € (137 317,00 € à la charge de la Ville de Paris)
- La dotation globale de soins s'élève à 755 794,23 €.

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

² Source : RAMA 2022

³ La médiane d'Île-de-France issue du tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2022 sur les données de 2021)

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Foyer des Israélites Réfugiés		
Nom de l'organisme gestionnaire	Association Foyer des Israélites Réfugiés		
Numéro FINESS géographique	75 080 066 6		
Numéro FINESS juridique	75 080 368 6		
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 ⁴	37	37
	HT ⁵		
	UVP ⁶		
	PASA ⁷		
	UHR ⁸		
	UPHV ⁹		
	AJ ¹⁰		
	AN ¹¹		
	PFR ¹²		
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	37		

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

Constats

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

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

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation Le jour du contrôle, 32 résidents étaient présents dans la structure, soit un taux d'occupation de 86,49 %. Ce taux d'occupation est nettement inférieur au taux d'occupation cible prévu dans les CPOM conclus entre les gestionnaires, l'ARS Ile-de-France et la Ville de Paris.	Ecart 1 : Le taux d'occupation de l'établissement est inférieur à 95%, ce qui contrevient à l'article L313-4 du CASF.
1.1.3.1	Répartition des résidents en fonction du GIR La répartition des résidents selon leur GIR est la suivante : - GIR 1 : 0 % - GIR 2 : 0 % - GIR 3 : 0 % - GIR 4 : 0 % - GIR 5 : 0 % La répartition des résidents par GIR est donc conforme à la réglementation.	

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement L'établissement a transmis un règlement de fonctionnement. Celui-ci n'est pas daté. Il est indiqué que celui-ci est affiché à l'accueil, qu'il a été adopté par le Conseil d'Administration de la résidence FIR après consultation du CVS et qu'il est remis au résident avec le contrat de séjour, le livret d'accueil et la « charte des droits et libertés de la personne accueillie ».	
1.2.1.2	Le contenu du règlement de fonctionnement Le contenu règlement de fonctionnement répond aux attendus. Il porte sur quatre grands axes :	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	-L'admission, -Les droits du résident, -Les règles de vie dans l'établissement, -Les prestations extérieures.	
1.2.1.4	<u>Le projet d'établissement</u> L'établissement a transmis un projet d'établissement. Si une date de mise à jour est précisée en bas de page (10/01/2023), la période couverte par ce projet d'établissement n'est pas indiquée. La mission ne peut donc connaître la date à laquelle le document a été établi et celle à laquelle le projet d'établissement doit être réactualisé dans son ensemble.	Ecart 2 : La mission ne peut s'assurer de la période couverte par le projet d'établissement. Référence : Article L311-8 du CASF
1.2.1.5	<u>Le contenu du projet d'établissement</u> Le projet d'établissement s'articule autour des 4 axes suivants : - I - Le projet de vie du résident - II - Le projet d'animation de l'établissement - III - Le projet de soin de l'établissement - IV - L'organisation du travail au sein de la structure Il répond aux attendus de la réglementation (présentation de la politique de la bientraitance, des conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement...).	
1.2.1.6	<u>Le plan bleu</u> Un plan bleu en date de septembre 2023 a été transmis. Il manque : - La procédure de rappel du personnel, - La procédure de gestion des décès massifs.	Ecart 3 : Le plan bleu transmis est incomplet et ne comporte pas la procédure de rappel du personnel et de gestion des décès massifs ce qui contrevient à l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.2.1	<u>Directeur de l'établissement et organigramme de la structure</u> Un organigramme de la structure a été transmis. Il présente les ETP par catégorie de personnel, mais n'indique pas les liens hiérarchiques entre l'ensemble des salariés.	Remarque 1 : L'organigramme ne présente pas les liens hiérarchiques.
1.2.2.6	<u>Fiche de poste/Lettre de mission du directeur</u> La fiche de poste de la directrice a été transmise. Elle décrit les missions de la directrice (direction technique, administrative et financière de l'établissement). Elle est garante de la mise en œuvre de la démarche qualité en lien avec la politique Qualité de l'Association.	
1.2.2.7	<u>Diplômes du directeur</u> L'établissement a transmis le diplôme de la directrice. Celle-ci est titulaire d'un master en management des établissements de santé.	
1.2.2.8	<u>Astreintes administratives</u> Aucun document relatif aux astreintes n'a été transmis.	Remarque 2 : Aucun document relatif aux astreintes n'a été transmis.
1.2.2.10	<u>Délégation de pouvoirs</u> L'établissement n'a pas transmis de DUD signé par la directrice. Le gestionnaire n'a communiqué qu'un tableau prédisant pour 3 grandes thématiques (projet associatif, projet d'établissement et mise à jour, fonction ressources humaines) le niveau de responsabilité de directeur pour chaque mission (responsable, personne à qui la mission a été déléguée). Ainsi, la directrice est seule responsable de l'élaboration et de la mise à jour du projet d'établissement.	Ecart 4 : L'établissement n'a pas fourni de document unique de délégation signé par la directrice. Référence : Article D312-176-5 du CASF
1.2.2.12	<u>Présence et qualifications de l'IDEC</u> Le poste d'IDEC est vacant. L'établissement dispose cependant d'une IDE référent (IDER). La mission ne peut déterminer si l'IDER occupe les fonctions d'IDEC. Aucun document relatif à cet IDER (contrat, diplôme, fiche de poste) n'a été transmis.	Ecart 5 : L'établissement n'a pas à la mission présenté les diplômes et la preuve de l'inscription à l'ordre de l'IDE référent. Référence : Article L4311-15 du CSP Remarque 3 : La mission ne peut déterminer si l'IDE référent occupe les fonctions d'IDEC.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.2.2.14	Présence et temps de travail du médecin-coordonnateur Un médecin coordonnateur est présent dans la structure à 0,20 ETP. Son temps de présence est inférieur à celui prévu par l'article D312-156 du CASF (0,40 ETP pour une capacité autorisée inférieure à 44 places depuis le 1er janvier 2023).	Ecart 6 : Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation (0,20 ETP au lieu de 0,40 ETP) ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.
1.2.2.15	Qualifications du médecin-coordonnateur Le médecin coordonnateur est titulaire d'un diplôme d'université en gériatrie et d'une capacité en gériatrie. Son inscription à l'ordre des médecins a été transmise.	

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.3.3.1	Conseil de la Vie Sociale Les dernières élections du CVS ont eu lieu en 2022. Le règlement intérieur du CVS transmis date de décembre 2006. La mission ne peut donc connaître la composition du CVS. Le CVS n'a pas établi de nouveau règlement intérieur suite aux élections de 2022. 2 comptes rendus de CVS ont été transmis. Ils datent d'août et septembre 2022. La mission constate que le CVS ne se réunit pas 3 fois par an comme le prévoit la réglementation.	Ecart 7 : Le CVS ne se réunit pas 3 fois par an. Référence : Article D311-16 du CASF Ecart 8 : Le CVS n'a pas établi de nouveau règlement intérieur suite aux élections de 2022, contrairement à ce que prévoit l'article D311-19 du CASF.
1.3.3.2	Présentation des EI et dysfonctionnement en CVS Au vu des comptes rendus transmis, la mission ne peut établir que les EI/EIG sont abordés en CVS.	Ecart 9 : Les EI/EIG, les dysfonctionnements ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ne sont pas présentées au CVS ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.

Gestion de la qualité

Observations ou commentaires		Constat EIR
N°IGAS	Plan d'amélioration continue de la qualité	
1.4.1.7	La direction a transmis un PACQ couvrant la période 2014-2018. Il a pourtant été mis à jour en septembre 2023.	Remarque 4 : Le PACQ transmis n'est pas actualisé depuis 2018.
1.4.2.1	<u>Évaluations interne et externe</u> L'établissement a transmis aux autorités de contrôle l'évaluation interne de 2013 et externe de 2014.	Remarque 5 : L'établissement n'a pas transmis d'évaluation interne depuis 2013.
1.4.3.1	<u>Politique de bientraitance/lutte contre la maltraitance</u> La politique de bientraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil, mais est formalisée dans le projet d'établissement. Elle se base sur le concept « Humanitude » présenté comme un vecteur de communication qui promeut l'empathie. Le soignant est placé dans une position où prendre soin de l'autre se rapproche du « prendre soin de soi ». Les plans de développement des compétences transmis (2022,2023 et 2024) ne proposent pas de formation sur cette thématique. En dehors du projet d'établissement, l'EH PAD ne caractérise pas sa politique de bientraitance outre-mesure.	Ecart 10 : La politique de bientraitance n'est pas suffisamment formalisée conformément à l'article L311-3, 1° du CASF
1.4.3.2	<u>Procédure en cas de violence/harcèlement sexuel</u> Les situations de violences sont abordées dans le cadre de la procédure de déclaration d'événements indésirables graves. Cette procédure ne fait pas mention du procureur comme autorité à alerter.	Remarque 6 : La fiche de signalement des EI ne fait pas mention du procureur comme autorité à alerter le cas échéant.
1.4.3.3	<u>Procédure de signalement en cas d'agression</u> CF supra.	

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.5.1.1	Enregistrement, traitement et suivi des plaintes/enquêtes de satisfaction L'établissement a transmis un tableau de suivi des plaintes et réclamations. Celui-ci contient 6 plaintes datant de juillet 2022 à septembre 2023. Les réclamations concernent toutes la même famille de résident (problème de linge perdu, problème relationnel...). Celles-ci font l'objet d'une réponse rapide de la direction.	
1.5.1.3	Déclaration des EI/EIG L'établissement a transmis une procédure des EI et EIG, celle-ci date de mars 2015 et n'a pas été mise à jour depuis. Celle-ci donne la définition d'un EI et d'un EIG. Elle précise que tout le personnel déclarant ne peut faire l'objet d'aucune sanction du fait du signalement, mais ne fait pas référence aux textes réglementaires. S'il est indiqué que les EIG sont à adresser à l'ARS, il n'est pas précisé qu'ils doivent être également transmis à la Ville de Paris.	Remarque 7 : La procédure de déclaration des EI/EIG n'a pas été mise à jour depuis 2015. Ecart 11 : La procédure ne précise pas que les EIG doivent également être déclarés à la Ville de Paris, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.
1.5.1.5	Analyses et suivi des EI/EIG La mission n'a pas été destinataire d'EIG dans le cadre du contrôle. L'établissement n'a pas déclaré d'EIG entre janvier 2022 et le jour du contrôle.	Ecart 12 : Aucun EIG n'a été transmis à la mission de contrôle, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF).
1.5.1.6	Signalements et transmission des RETEX L'établissement n'ayant pas transmis d'EIG, aucun RETEX n'a été fourni.	Ecart 13 : Aucun RETEX n'a été transmis à la mission de contrôle conformément à l'article R331-8 du CASF).

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°GAS	Les effectifs	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.1	L'établissement a indiqué compter 20,3 ETP de personnel réparti ainsi : -Une directrice (1 ETP) et une assistante de direction (1 ETP) -Un pôle thérapeutique composé d'une psychomotricienne (0,5 ETP), d'une psychologue (0,4 ETP) et d'une art-thérapeute (0,2 ETP). -Un pôle soins composé d'un médecin coordonnateur (0,2 ETP), d'un infirmier référent (1 ETP), d'une infirmière (1 ETP), d'agents de soin (3 ETP) ainsi que d'aides-soignants (7 ETP le jour et 4 ETP la nuit). -Un animateur en cours de recrutement (1 ETP) Sont sous-traités : le pôle comptabilité/paye, le pôle hôtellerie/restauration (les effectifs sont composés d'un gérant, d'un chef de cuisine et d'un cuisinier et de deux employés de service en salle pour la restauration et de deux employés de service pour l'hôtellerie, soit 7 personnes) ainsi que le pôle maintenance (un agent de maintenance passe une fois par semaine). L'établissement n'a pas transmis de registre du personnel ou de tableau des effectifs, la mission ne peut donc juger de la présence effective de certains personnels et déterminer si les outils de suivi du personnel sont adaptés. Évaluation quantitative des effectifs soignants présents (critères CPOM) : nb d'ETP rémunérés correspond aux besoins (basée sur formule utilisée dans les CPOM pour déterminer le financement) $\frac{(Capacité hébergement permanent \times GMP \text{Établissement validé})}{nbETP(AS + AES)} = R_{CMP}$ Si $RGMP > 3200 \Rightarrow$ nb ETP AS/AES est insuffisant $\frac{(Capacité hébergement permanent \times PMP \text{Établissement validé})}{nbETPIDE} = R_{PMP}$ Si $RPMP > 4300 \Rightarrow$ nb ETP IDE est insuffisant -Pour le personnel AS/AMP : $RGMP : 37 \times 11 = 2688$. Il est inférieur à 3200 donc l'établissement dispose d'assez de personnel AS/AMP qualifié pour assurer une prise en charge adaptée et garantir la sécurité des résidents. -Pour le personnel IDE	Remarque 8 : L'établissement n'a pas transmis de registre du personnel. Remarque 9 : L'établissement n'a pas transmis de tableau des effectifs.	

N°/CAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	RPMP (en prenant en compte l'IDE référent) : $37 \times \frac{1}{2} = 3737$. Il est inférieur à 4300 donc l'établissement dispose d'assez de personnel IDE qualifié pour assurer une prise en charge adaptée et garantir la sécurité des résidents.	
2.1.1.3	L'absentéisme Selon les chiffres renseignés par l'établissement sur la plateforme ANAP : -Pour la campagne 2023 (sur les données 2022) : • Absentéisme : 2,1% (médiane départementale à 10,32%, régionale à 11,76%, nationale à 12,1%) • Taux de rotation des personnels : 1,1% (médiane départementale à 14,91%, régionale à 15%, nationale à 15%) -Pour la campagne 2022 (sur les données 2021) : • Absentéisme : 2,1% (médiane départementale à 13,51% / régionale à 12,49% / nationale à 11,68%). • Rotation des personnels : 1,1% (médiane départementale à 14,63% / régionale à 14,17% / nationale à 12,5%). Les chiffres de l'établissement sont donc en-dessous de toutes les médianes renseignées.	
2.1.1.6	Le recrutement par intérim Les plannings fournis par l'établissement soulignent le recours à des vacataires. Pour le mois de septembre, l'établissement a fait appel à 5 contractuels : - deux IDE pour remplacement, dont une présente un seul jour, - deux AS de jour et une AS de nuit. Une AS contractuelle de jour est inscrite au planning d'octobre et une AS vacataire de nuit est prévue au planning de novembre. L'AS de nuit vacataire sollicitée en septembre et en novembre est la même personne.	
2.1.2.1	Le plan de développement des compétences L'établissement a transmis ses plans de développement des compétences pour 2022, 2023 et 2024. - En 2022, deux formations ont été réalisées : • DEAS (de février à décembre pour un salarié) • « De l'agitation à l'apaisement » (le 17 octobre pour deux personnels)	Ecart 14 : L'absence de formation du personnel de l'établissement sur la prise en charge des personnes âgées et sur les gestes d'urgence est un risque pour la sécurité du résident, ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF.

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat EJR
	2 autres formations prévues au plan de développement des compétences (« l'incontinence chez la personne âgée » et « l'esthétique de la personne âgée ») n'ont pas été suivies. -Le plan de développement de 2023 mentionne que pour raison de travaux les formations prévues sont suspendues et reportées en 2024. Trois formations étaient inscrites au plan de 2023 : - DU IDEC (pour l'infirmier référent), - « Agressivité et violence entre professionnels » (pour les équipes 1 et 2) – - « Communiquer efficacement avec les familles » (également pour les équipes 1 et 2). -Le plan de développement de 2024 reprend donc les trois formations inscrites en 2023 tout en ajoutant deux formations : DEAS (pour un salarié) et « AFGSU » (pour les équipes 1 et 2). Si l'établissement dispose des formations diplômantes, la mission note qu'aucune formation sur le domaine de la bientraitance et le repérage de la maltraitance ne sont prévus, que les formations inscrites sur la prise en charge des personnes âgées sont très peu nombreuses et que les formations portant sur les gestes d'urgences n'ont pas été inscrites en 2022.	Remarque 10 : Le plan de développement des compétences ne prévoit pas de formation sur la bientraitance et le repérage de la maltraitance.
2.1.2.5	<u>Le livret d'accueil</u> L'établissement a transmis un livret d'accueil du salarié, mis à jour en décembre 2020, qui renseigne le nouvel arrivant sur l'histoire de l'établissement, son fonctionnement ainsi que les modalités attachées au droit à la formation professionnelle, les arrêts de travail, les modalités de prises des congés et le remboursement du titre de transport. Le livret d'accueil ne contient pas de dispositions relatives à l'accueil du salarié après la signature de son contrat et sur son accompagnement par un pair pour l'assister dans sa prise de poste.	Remarque 11 : Le livret d'accueil de l'établissement ne prévoit pas l'accompagnement des nouveaux arrivants par un pair.
2.1.4.5	<u>Les plannings</u> L'établissement a transmis les plannings prévisionnel et réalisé de septembre ainsi que les plannings prévisionnels d'octobre et de novembre. Les personnels prévus au jour du contrôle étaient : -La directrice et l'assistante de direction, -Une IDE, -Quatre AS jour et deux AS nuit, -La psychomotricienne et la psychologue. La mission note qu'un personnel de nuit de l'équipe 2 n'a pas la même qualification selon les plannings (AS ou AUX). En se basant sur les ETP indiqués par l'établissement, ce personnel est bien un auxiliaire de vie et non un aide-soignant.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	En étudiant les plannings prévisionnels et réalisés, il apparaît à minima : -Pour l'équipe 1, la présence d'une IDE, de cinq AS jour et de deux AS nuit. -Pour l'équipe 2, la présence d'une IDE, de trois AS jours avec un auxiliaire de vie, un AS et un auxiliaire de vie nuit, n'assurant donc la présence que d'un AS la nuit. Il apparaît dans le planning de septembre réalisé que cette présence minimum est toujours respectée avec le recours à des contractuels AS ou IDE pour garantir la présence effective de personnel dans l'établissement. Sont intervenus, deux contractuels IDE pour l'équipe 1, dont un pour un seul jour, ainsi que deux AS contractuels jour pour l'équipe 1 ainsi qu'un AS contractuel nuit pour l'équipe 2.	
2.1.4.2	Les fiches de tâches heurées L'établissement a transmis trois fiches de tâches heurées pour les IDE, les AS/ASG jour ainsi que pour les ASD/AMP nuit. -La fiche de tâches heurées pour les IDE (8h-19h) contient principalement les missions suivantes : préparation et distribution des traitements du matin (entre 8h15 et 9h), du midi (à 12h) et du soir (préparation à 16h30 et distribution à partir de 17h45). Le personnel infirmier doit vérifier la prise du traitement à chaque distribution, ne pas laisser les médicaments dans la chambre ou la salle à manger et en cas de refus d'un résident lui proposer à nouveau plus tard (pour la distribution du matin). Les IDE assurent également une réunion de coordination (9h), la dispensation des soins infirmiers, la gestion administrative et la tenue des dossiers médicaux et la préparation des traitements antivitamines K(AVK) pour le soir. -La fiche de tâches heurées pour les AS/ASG jour (9h-13h/14h-20h) date du 28 avril 2019 et contient des tâches de soin et d'entretien (aide à la toilette, habillage et mise en place de prothèses propres, désinfection et nettoyage de la chambre et du lit du résident, gestion du chariot de nursing, aider à la prise du repas, accompagnement et stimulation des résidents), mais également des tâches d'entretien qui ne sont pas habituellement attribuées aux AS comme la gestion du linge sale. -La fiche de tâches heurées pour les ASD/AMP de nuit (20h-7h) date du 11 avril 2012 et contient les missions suivantes : pour 20h transmissions orales avec les équipes de jour et sortir le chariot de nursing et le chariot poubelle, pour 21h15 distribuer les traitements de nuit et valider leur prise effective, coucher les résidents et effectuer les changes si besoin, passer dans les chambres de tous les étages puis fermer les portes de la résidence et activer l'alarme. Pour 23h, nettoyage et entretien des espaces communs selon le planning, répondre aux sonnettes et distribuer des collations, si nécessaire. Pause entre 0h et 1h puis rondes dans les étages entre 2h et 6h. A 6h45, rédaction des transmissions écrites sur le logiciel de soin. Il est également inscrit que les équipes de nuit doivent faire des transmissions orales avec l'équipe de jour, mais les IDE ne sont présentes qu'à partir de 8h et les AS 9h. Selon les fiches de tâches transmises, il n'y a pas de personnel AS ou IDE dans l'établissement entre 7h et 8h.	Ecart 15 : Selon les fiches de tâches transmises, il n'y a pas de personnel AS ou IDE entre 7h et 8h dans l'établissement et les horaires des AS de jour et de nuit ne permettent pas de temps de transmissions orales conformément à l'article L311-3, 1° du CASF). Remarque 12 : Les fiches de tâches heurées ne précisent pas les contacts possibles en cas de survenance d'un événement inattendu.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Il n'y pas de fiche de tâches pour les auxiliaires de vie alors que le planning indique leur présence dans l'équipe soignante avec les AS et que ces personnels n'ont pas les mêmes référentiels de compétence.	
2.1.4.4	<u>Le glissement de tâches</u> En l'absence de transmission d'une fiche de tâche dédiée pour les personnels auxiliaires de vie la mission ne peut écarter le risque de glissement de tâches avec les missions d'aide-soignant.	Ecart 16 : En l'absence de fiche de tâches pour les auxiliaires de vie, la mission ne peut écarter un risque de glissement de tâches entre auxiliaire de vie et aide-soignant alors que ces personnels ont des référentiels de compétences différents, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.
2.1.4.7	<u>La gestion des absences imprévues</u> L'établissement a transmis un protocole de remplacement en cas d'absence inopinée des AS, des AVS et des IDE mis à jour en mars 2019. En cas d'absence d'AS et d'AVS constatée par l'IDE à son arrivée, il est fait appel à la contre-équipe ou à un contractuel en priorité. En cas de non disponibilité, la prise en charge des résidents de l'AS absent est répartie entre les personnels présents et l'infirmier référent et/ou la directrice sont prévenus. En cas d'absence de l'IDE, l'assistante de direction ou la directrice appelle l'infirmier de la contre-équipe. Si ce dernier n'est pas disponible, les contractuels sont appelés. Si aucun contractuel IDE n'est disponible, la direction fait appel à l'interim. S'il n'y a aucun remplaçant disponible le médecin coordonnateur peut se rendre sur place selon sa disponibilité pour assurer la dispensation des traitements. Si ce n'est pas le cas, une IDE libérale sera engagée pour la journée.	
2.1.4.10	<u>La qualification du personnel de nuit</u> Les plannings fournis par l'établissement montrent que les personnels de nuit sont composés d'au moins d'une AS. Comme précisé supra, selon les fiches de tâches transmises, il n'y a pas de présence d'AS ou d'IDE dans l'établissement entre 7h et 8h.	

Prises en charge

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

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.1.1.1	La procédure d'admission L'établissement a transmis une procédure d'admission mise à jour en octobre 2017. La procédure précise que le dossier d'admission est divisé en une partie administrative, assemblée par le demandeur et/ou sa famille, fournie à la direction et une partie constituée d'un certificat médical, rempli par le médecin traitant ou le médecin hospitalier, qui est transmise au médecin coordonnateur dans le respect du secret médical. Il est toutefois indiqué que « parfois, seule la partie administrative est transmise à la direction ». Dès que le dossier est complet le médecin coordonnateur statue sur sa validité et, en cas de validation, organise une visite de pré admission avec le candidat pour fixer ses objectifs d'accompagnement dans la structure. Si un nouvel avis favorable est donné après la visite, l'admission est confirmée et l'entrée du résident est préparée sinon il est placé sur liste d'attente.	Remarque 13 : La rédaction de la procédure d'admission porte à confusion quant au fait que seul le médecin coordonnateur ait accès au dossier médical du demandeur. Remarque 14 : La procédure d'admission n'a pas été mise à jour depuis octobre 2017 et ne contient pas les modalités relatives à la préparation de l'accueil du résident dans l'établissement
3.2.1.2	Évaluation à l'admission Les documents transmis ne permettent pas à la mission de vérifier si des évaluations sont réalisées à l'admission de nouveaux résidents et de connaître la nature de ses évaluations.	Ecart 17 : La mission ne peut établir la tenue d'une évaluation multidimensionnelle à l'admission dans l'établissement, ce qui contrevient à l'article D312-158 du CASF).
3.1.3.3	Le projet d'accompagnement personnalisé (PAP) De la liste des résidents transmise par l'établissement, il ressort que quatre résidents sur 26 (15%) ne disposent pas d'un PAP à jour et que 6 résidents entrés entre mai et septembre 2023 ont un PAP en cours de rédaction. L'établissement a transmis un protocole relatif au PAP mis à jour en mars 2019. Le PAP est idéalement organisé 6 mois après l'entrée du résident dans l'établissement et consiste en un échange entre le résident, accompagné de sa famille si nécessaire, et une équipe pluridisciplinaire composée au moins de deux cadres et d'un personnel accompagnant le résident au quotidien. Peuvent rentrer dans cette composition : le médecin coordonnateur (si nécessaire), la psychologue, l'animateur, le référent soin (AS), l'infirmière coordinatrice et une infirmière. Deux sessions PAP sont programmées toutes les deux semaines en priorisant les nouveaux arrivants entrés depuis 6 mois puis pour les résidents les plus anciens. Durant cet entretien, le résident peut exprimer ses demandes et envies ainsi que répondre à une série de questions simples couvrant les domaines de la vie courante. A l'issue de ces questions, une page contenant les points d'amélioration à mettre en place en fonction des besoins identifiés chez le résident est remplie et pourra être signée par ce dernier et son référent familial.	Ecart 18 : Les modalités de participation du résident à son PAP le limite à la réponse à une série de questions posées. Il n'a pas une participation directe à l'élaboration de son PAP, ce qui contrevient à l'article L311-3, 7° du CASF. Remarque 15 : Le protocole fourni n'explique pas les modalités et délais de révisions du PAP.

N°/GAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le protocole fourni ne détaille pas le rythme et la modalité des révisions des PAP.	
3.1.4.4	La Commission de Coordination Gériatrique Les comptes rendus des commissions de coordination gériatrique de 2022 et 2023 ont été transmis. L'édition de 2022 était composée du médecin coordonnateur, d'un médecin traitant, de la directrice, de la psychologue et de l'infirmier référent. Les sujets abordés étaient : la présentation de la coordination médicale de l'établissement et des intervenants, la prévention de l'iatrogénie ainsi qu'une présentation du rapport médical d'activité. L'édition de 2023 était composée de la même équipe et le sujet abordé était « les alternatives thérapeutiques dans les maladies psychologiques et psychiatriques de la personne âgée » avec une présentation par le médecin coordonnateur du besoin de dépister et d'évaluer la douleur, les avantages de l'outil de prise en charge « Humanitude » et l'objectif de réduction de consommation des psychotropes avec cet accompagnement. Si la Commission de Coordination Gériatrique est bien installée dans l'établissement, celle-ci ne voit pas la participation des professionnels de santé extérieurs à l'établissement.	Remarque 16 : La commission de coordination gériatrique ne voit pas la participation des professionnels de santé extérieurs à la structure.
3.1.4.5	Interventions des professionnels médicaux L'établissement a transmis une liste des médecins traitants intervenants dans la structure. Deux médecins sont présents, le premier prend en charge 31 résidents et le second un seul. Tous les résidents bénéficient donc de leur prise en charge médicale par un médecin de ville. Leur utilisation du logiciel de soin de l'établissement n'est pas renseignée.	
2.5.4.3	Système d'appels-malade L'établissement n'a pas transmis de documents relatifs à son système d'appel-malade. La mission ne peut donc déterminer si le temps de réponse permet une prise en charge adaptée du résident et garantit sa sécurité.	Ecart 19 : La mission ne peut s'assurer de la qualité du temps de réponse du système d'appel-malade, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.
3.3.3.1	Intervention des bénévoles L'établissement a transmis un exemplaire d'un « contrat moral entre le bénévole et la maison de retraite » qui détaille : -Les grands principes du bénévolat, -Le contrat moral entre le bénévole, le résident et la maison de retraite avec les engagements de l'établissement envers le bénévole, du bénévole envers l'établissement et du bénévole vis-à-vis du résident, -Les activités du bénévole à définir en collaboration entre les professionnels et le bénévole en prenant en compte les souhaits du résident, -Les modalités de rupture du contrat moral.	

Respect des droits des personnes

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Les droits du résident		
	L'établissement a transmis un livret d'accueil mis à jour en janvier 2020. Il détaille la participation possible au CVS du résident et les modalités de désignation d'une personne de confiance/référente ainsi que les annexes permettant d'assurer cette désignation.	
3.2.2.2 3.2.2.5	L'établissement a également fourni une copie du contrat de séjour remis au résident datant du 7 mars 2022. Il informe le résident sur les voies de recours amiable et juridique avec la sollicitation d'une personne qualifiée ou du médiateur de la consommation en cas de litige puis la possibilité de saisir la juridiction du département si la procédure amiable échoue. Parmi les annexes sont renseignés : les textes relatifs à la responsabilité des établissements à l'égard des biens des personnes accueillies ainsi que l'autorisation du droit à l'image. Sont également remises la charte des droits et libertés de la personne accueillie, une notice d'information sur la désignation d'une personne de confiance ainsi que la composition du CVS. Ces documents ne renseignent pas le résident sur ses droits associés à la protection des données personnelles. Le contrat de séjour ne contient pas d'annexe relative à l'exercice de la liberté d'aller et venir.	Ecart 20 : Le contrat de séjour ne comporte pas d'annexe relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir du résident, ce qui contrevient à l'article L311-4-1 du CASF. Remarque 17 : Le contrat de séjour n'informe pas le résident sur les droits associés à la protection de ses données personnelles.
Procédure relative aux contentions		
	L'établissement a transmis un référentiel contention mis à jour en septembre 2019.	
3.2.3.1	La contention est réalisée sur prescription médicale et motivée dans le dossier. Celle-ci est faite après appréciation et analyse bénéfice/risque d'une équipe pluridisciplinaire, dont la composition n'est pas précisée. Cette analyse s'appuie sur la nécessité du recours à la contention et la recherche de l'accord du résident et/ou de son entourage ou de son responsable légal. Après prescription, la surveillance des risques liés à la contention est programmée et inscrite dans le dossier du résident. La contention est évaluée quotidiennement et le suivi est porté au dossier. Sont évalués : le taux de recours aux contentions, les incidents liés aux contentions ainsi que la formation des personnels sur les alternatives à la contention, l'analyse bénéfice/risque, les outils d'évaluation en interne et le recours aux experts ainsi que la mise en place d'un suivi psychologique pour le résident. Malgré ces évaluations, le RAMA ne contient pas de volet dédié aux contentions et leur chiffrage.	Remarque 18 : Les contentions ne sont pas comptabilisées dans le RAMA.

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Convention EHPAD/Officine et circuit du médicament	
	L'établissement a transmis une convention de partenariat avec une officine signée par l'EHPAD.	
	La convention précise que le libre choix du praticien par le résident est respecté et que les parties s'engagent à respecter les dispositions du règlement général de protection des données (RGPD).	
3.8.2.9	La transmission des ordonnances est faite par un canal de communication sécurisé mis en place par l'officine pour l'établissement. L'établissement indique sur les prescriptions transmises : la date d'envoi, la modification de la prescription d'un résident, la mention « stock tampon » ou « urgent » pour les cas prévus dans l'annexe 1 de la convention. Plusieurs délais de transmission sont prévus par la convention. Ce canal peut évoluer en une interface avec le logiciel de soins de l'établissement à sa demande.	Ecart 21 : La mission ne peut s'assurer de l'existence d'une procédure relative au circuit du médicament propre à l'établissement, ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF.
	En dehors des prescriptions les échanges entre l'officine et l'établissement se font par mails.	
	Deux fois par an, des membres de l'officine et de l'établissement se réunissent pour échanger sur les obstacles ou incidents survenus et les résoudre. De plus, la pharmacie réalise annuellement un audit sur le circuit du médicament et l'établissement peut intégrer les recommandations formulées.	
	Comme procédure relative au circuit du médicament, l'établissement a transmis le guide régional de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. La mission ne peut donc s'assurer de l'existence d'une procédure relative au circuit du médicament dans l'établissement.	
	Délégation d'administration des médicaments par l'IDE	
	L'établissement a transmis une procédure de vérification des traitements en date du 29 octobre 2022. Elle détaille les modalités de contrôle des traitements délivrés par l'officine ou préparés par le personnel infirmier de l'établissement.	
	A également été transmise une procédure « sécurisation du circuit du médicament – circuit de délégation » mise à jour en janvier 2020.	
3.8.2.22	Cette procédure précise le cadre juridique de l'administration des médicaments pour le personnel infirmier ainsi que pour les AS qui ne peuvent les délivrer que si plusieurs éléments sont réunis. L'IDE devra organiser la collaboration en contrôlant les connaissances, compétences et pratiques des AS, en transmettant les instructions nécessaires à la bonne administration et en coordonnant les informations relatives aux soins. De plus, il est rappelé que le personnel infirmier reste toujours responsable des actes effectués par les personnels à qui est déléguée l'administration de médicaments.	
	Pour les AS, il sera nécessaire de respecter les consignes laissées par l'IDE, de transmettre sans omission les informations importantes relatives à la prise et de signaler tout évènement anormal ou difficulté lors du contact avec le résident.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La procédure précise également les conditions relatives aux médicaments dont l'administration peut être déléguée aux AS : ce sont les médicaments prescrits (uniquement sous forme sèche), dont les modalités de prise ne présentent pas de difficulté particulière ou d'apprentissage spécifique, à condition que la prescription ne précise pas formellement l'intervention d'auxiliaires médicaux et que les médicaments soient préparés par le personnel infirmier. L'administration se fait après vérification de la concordance de l'identité du résident avec la prescription et de la prescription avec les doses préparées. En cas de doute, le personnel se tourne vers un médecin. L'administration est enregistrée, en temps réel si possible, et contient la date, l'heure d'administration ainsi que l'identité de la personne ayant assuré la délivrance.	
3.8.2.24	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur L'établissement a transmis un protocole de prise en charge d'une douleur relevant d'un antalgique de palier 1 mis à jour en janvier 2020. Son objet est de permettre, sous la responsabilité d'un personnel infirmier, d'entamer une prise en charge de la douleur par traitement antalgique en l'absence d'ordonnance nominative. Le protocole définit les types de douleur et précise que la douleur se ressent et s'exprime différemment en fonction de l'âge. L'évaluation de la douleur passe par quatre facteurs : Où ? Quand ? Comment (type de manifestation de la douleur et de son ressenti) ? Combien (évaluation de la douleur avec les échelles) ? Deux échelles sont utilisées : EVS pour les patients communicants et ALGOPLUS pour les non communicants ou évaluation complémentaire. Le protocole détaille ensuite les signes cliniques et les antécédents médicaux à évaluer pour déterminer si une prise en charge par antalgique est nécessaire et un arbre de décision complète les actions à mettre en place après administration de paracétamol. Comme indiqué par son titre, ce protocole se concentre sur le dépistage de la douleur dans le but d'une prise en charge antalgique et ne sensibilise pas sur le dépistage de la douleur dans la vie courante du résident par le personnel soignant.	Remarque 19 : Le protocole douleur de l'établissement se concentre uniquement sur le traitement de la douleur via des traitements antalgiques.
3.8.2.25	Protocole soins palliatifs et fin de vie L'établissement a fourni une procédure relative aux soins palliatifs et à l'accompagnement de fin de vie mise à jour en mars 2019. Son objectif est de permettre un accompagnement adapté du résident pour maintenir son confort de vie et le respect de sa dignité dans la mort. La procédure prévoit les actions à mettre en place et les personnels concernés ainsi que les actions à mettre en place pour garantir l'application de la démarche palliative prévue. Dès son arrivée dans l'établissement et pendant les mois suivants l'admission, le résident et ses proches sont sensibilisés à ce sujet. Les directives anticipées du résident peuvent également être recueillies et ajoutées à son dossier. Au moment de la mise en place des soins palliatifs les besoins du résident sont évalués en équipe pluridisciplinaire et un projet est formalisé dans le dossier du résident puis mis en place collégialement. Un suivi est fait par le médecin pour traiter la douleur et réévaluer les prescriptions si cela est nécessaire. La personne de confiance et le représentant légal sont prévenus et la famille est associée aux « soins plaisir » avec le résident et	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	si cela est possible la famille peut rester dans l'établissement de nuit. Une aide psychologique est aussi mise en place pour le résident, sa famille et le personnel. Tous les soins nécessaires pour garder maintenir le confort de vie et la dignité du résident sont effectués et le recours à des intervenants extérieurs est assuré pour les soins complexes.	
3.4.3.9	Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel Le document transmis par la mission a bien été rempli et renvoyé par l'établissement. La mission souligne qu'il n'y a pas de régularités dans les pesées transmises. Pour les résidents arrivés dans l'établissement en 2022 et antérieurement, les pesées varient entre une seule (pour un résident entré en novembre 2022 et dont la seule pesée est datée de mai 2023) et sept, ce qui ne s'approche pas d'un suivi mensuel. Il est également à noter qu'aucune pesée n'a eu lieu en avril 2023 pour l'ensemble des résidents. La mission constate donc que les pesées ne sont pas réalisées mensuellement dans la structure. Au niveau de l'état nutritionnel des résidents, la mission note que huit résidents ont une IMC inférieure à 18 et qu'aucune intensification du suivi des pesées n'est faite pour mieux contrôler l'évolution du poids de la personne. Par exemple, un de ces résidents n'a pas eu de pesée renseignée depuis mars 2023 et un autre n'a pas eu de pesées entre mars et juillet 2023. De plus, la mission s'interroge sur le nombres d'évaluations dont le résultat renseigné est « non évaluable » (plus d'un quart des résultats de la première évaluation et quasiment un tiers de la seconde) ou « refus » (également plus d'un quart des résultats de la première évaluation).	Ecart 22 : Le suivi mensuel des pesées n'est pas assuré dans l'établissement et la mission note que le rythme de pesées ne s'adapte pas à l'état nutritionnel des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 3° du CASF.

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
4.2.1.2	Personnels médicaux et paramédicaux libéraux L'établissement n'a pas communiqué de liste concernant les personnels médicaux et paramédicaux libéraux intervenant dans la structure. Il est précisé dans le RAMA qu'interviennent dans la structure : un orthophoniste selon prescription médicale et un podologue intervenant 4 fois par mois. Un kinésithérapeute n'intervient dans la structure qu'en cas de fracture, encombrement bronchique ou pour de la kinésithérapie respiratoire car les prescriptions de kinésithérapies « de confort » sont remplacées par un atelier marche binebdomadaire animé par les équipes soignantes de l'établissement.	

Risques environnementaux

	Observations ou commentaires	Constat E/R
AMIANTE	L'établissement a transmis la fiche récapitulative de son DTA daté de 2006. Absence d'amiante.	
DASRI	L'établissement a transmis un avenant à sa convention de collecte daté de juillet 2021. Il fait référence à une convention établie avec MEDIDEC. Toutefois, sans la convention originale, il est impossible d'avoir les détails de la convention et notamment la liste des lieux de traitement des DASRI. Les bordereaux (feuillelet N°1 – cerfa 11351*04) sont correctement remplis et attestent de la prise en charge par l'installation de traitement.	Ecart 23 : La convention de collecte n'a pas été transmise, ce qui contrevient aux articles L1335-2 et R1335-1 à R 1335-14 du CASF ainsi qu'à l'Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques
LEGIONELLES	Seules quelques analyses relatives à l'année 2021 ont été transmises. Les analyses de légionelles des années 2022 et 2023 ne sont pas disponibles. Les résultats d'analyses de légionelles concernent quelques points d'usage et une seule douche. Les analyses réglementaires sur le fond de ballon et le retour de boucle n'a pas été réalisées. Les résultats d'analyses de légionelles de 2021 sont en dessous des valeurs réglementaires. Les analyses de températures montrent des températures supérieures à 50 °C sur plusieurs points de prélèvement.	Ecart 24 : L'établissement n'a pas fourni les analyses légionelles des années 2022 et 2023. Par ailleurs pour 2021, les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur ce qui contrevient à l'arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Cf Annexe 2). Remarque 20 : La direction doit s'assurer que la température des points d'usage de l'eau chaude sanitaire est conforme à la réglementation en vigueur.

Récapitulatif des écarts et des remarques

Nbre	Référence	Ecart	Référence juridique	Numéro IGAS
1	Ecart 1	Le taux d'occupation de l'établissement est inférieur au 95% ce qui contrevient à l'article L313-4 du CASF.	Article L313-4 du CASF.	1.1.1.2
2	Ecart 2	La mission ne peut s'assurer de la période couverte par le projet d'établissement. Référence : Article L311-8 du CASF	Article L311-8 du CASF	1.2.1.4
3	Ecart 3	Le plan bleu transmis est incomplet et ne comporte pas la procédure de rappel du personnel et de gestion des décès massif ce qui contrevient à l'INSTRUCTION INTERMINISTÉ-RIELLE N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).	INSTRUCTION INTERMINISTÉ-RIELLE N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).	1.2.1.16
4	Ecart 4	L'établissement n'a pas fourni de document unique de délégation signé par la directrice. Référence : Article D312-176-5 du CASF	Article D312-176-5 du CASF	1.2.2.10
5	Ecart 5	L'établissement n'a pas à la mission présenté les diplômes et la preuve de l'inscription à l'ordre de l'IDE référent. Référence : Article L4311-15 du CSP	Article L4311-15 du CSP	1.2.2.12
6	Ecart 6	Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation (0,20 ETP au lieu de 0,40 ETP) ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF	Article D312-156 du CASF	1.2.2.14
7	Ecart 7	Le CVS ne se réunit pas 3 fois par an. Référence : Article D311-16 du CASF	Article D311-16 du CASF	1.3.3.1
8	Ecart 8	Le CVS n'a pas établi de nouveau règlement intérieur suite aux élections de 2022, contrairement à ce que prévoit l'article D311-19 du CASF.	Article D311-16 du CASF	1.3.3.1
9	Ecart 9	Les EI/EIG, les dysfonctionnement ainsi que les actions correctrices mises en œuvre ne sont pas présentées au CVS ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF	Article R331-10 du CASF	1.3.3.2

10	Ecart 10	La politique de bientraitance n'est pas suffisamment formalisée. Référence : Article L311-3, 1° du CASF	Article L311-3, 1° du CASF	1.4.3.1
11	Ecart 11	La procédure ne précise pas que les EIG doivent également être déclarés à la Ville de Paris ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.	Article L331-8-1 du CASF	1.5.1.3
12	Ecart 12	Aucun EIG n'a été transmis à la mission de contrôle (référence : Article L331-8-1 du CASF)	Article L331-8-1 du CASF	1.5.1.5
13	Ecart 13	Aucun RETEX n'a été transmis à la mission de contrôle (référence : Article R331-8 du CASF)	Article R331-8 du CASF	1.5.1.6
14	Ecart 14	L'absence de formation du personnel de l'établissement sur la prise en charge des personnes âgées et sur les gestes d'urgence est un risque pour la sécurité du résident ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF.	Article L311-3 1° du CASF	2.1.2.1
15	Ecart 15	Selon les fiches de tâches transmises, il n'y a pas de personnel AS ou IDE entre 7h et 8h dans l'établissement et les horaires des AS de jour et de nuit ne permettent pas de temps de transmissions orales (Référence Article L311-3, 1° du CASF)	Article L311-3, 1° du CASF	2.1.4.2
16	Ecart 16	En l'absence de fiche de tâche dédiée, la mission ne peut écarter un risque de glissement de tâche entre auxiliaire de vie et aide-soignant alors que ces personnels ont des référentiels de compétences différents ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.	Article L311-3, 1° du CASF	2.1.4.4
17	Ecart 17	La mission ne peut établir la tenue d'une évaluation multidimensionnelle à l'admission dans l'établissement (référence : article D312-158 du CASF).	Article D312-158 du CASF	3.2.1.2
18	Ecart 18	Les modalités de participation du résident à son PAP le limite à la réponse à une série de questions posées. Il n'a pas une participation directe à l'élaboration de son PAP ce qui contrevient à l'article L311-3, 7° du CASF.	Article L311-3, 7° du CASF.	3.1.3.3
19	Ecart 19	La mission ne peut s'assurer de la qualité du temps de réponse du système d'appel-malade ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.	Article L311-3, 1° du CASF.	2.5.4.3
20	Ecart 20	Le contrat de séjour ne comporte pas d'annexe relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir du résident ce qui contrevient à l'article L311-4-1 du CASF.	Article L311-4-1 du CASF	3.2.2/3.2.2.5

21	Ecart 21	La mission ne peut s'assurer de l'existence d'une procédure relative au circuit du médicament propre à l'établissement ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF.	Article L311-3 1° du CASF.	3.8.2.9
22	Ecart 22	Le suivi mensuel des pesées n'est pas assuré dans l'établissement et la mission note que le rythme de pesées ne s'adapte pas à l'état nutritionnel des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3 3° du CASF.	Article L311-3 3° du CASF	3.4.3.9
23	Ecart 23	La convention de collecte n'a pas été transmise (référéncé : articles L1335-2 et R1335-1 à R 1335-14 du CASF ainsi qu'à l'Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques	Articles L1335-2 et R1335-1 à R 1335-14 du CASF Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques	DASRI
24	Ecart 24	L'établissement n'a pas fourni les analyses légionnelles des années 2022 et 2023. Par ailleurs pour 2021, les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur. (référéncé : Arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Cf Annexe 2).	Arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Cf Annexe 2).	Légionnelles

Nbre	Référence	Remarques	Numéro IGAS
1	Remarque 1	L'organigramme ne présente pas les liens hiérarchiques.	1.2.2.1
2	Remarque 2	Aucun document relatif aux astreintes n'a été transmis.	1.2.2.8
3	Remarque 3	La mission ne peut déterminer si l'IDE référent occupe les fonctions d'IDEC.	1.2.2.10
4	Remarque 4	Le PACQ transmis n'est pas actualisé depuis 2018.	1.4.1.7
5	Remarque 5	L'établissement n'a pas transmis d'évaluation interne depuis 2013.	1.4.2.1
6	Remarque 6	La fiche de signalement des EI ne fait pas mention procureur comme autorité à alerter le cas échéant.	1.4.3.2

7	Remarque 7	La procédure de déclaration des EI/EIG n'a pas été mise à jour depuis 2015.	1.5.1.3
8	Remarque 8	L'établissement n'a pas transmis de registre du personnel.	2.1.1.1
9	Remarque 9	L'établissement n'a pas transmis de tableau des effectifs.	2.1.1.1
10	Remarque 10	Le plan de développement des compétences ne prévoit pas de formation sur la bientraitance et le repérage de la maltraitance.	2.1.2.1
11	Remarque 11	Le livret d'accueil de l'établissement ne prévoit pas l'accompagnement des nouveaux arrivants par un pair.	2.1.2.5
12	Remarque 12	Les fiches de tâches hebdomadaires ne précisent pas les contacts possibles en cas de survenance d'un événement inattendu	2.1.4.2
13	Remarque 13	La rédaction de la procédure d'admission porte à confusion quant au fait que seul le médecin coordonnateur ait accès au certificat médical du demandeur.	3.1.1.1
14	Remarque 14	La procédure d'admission n'a pas été mise à jour depuis octobre 2017 et ne contient pas les modalités relatives à la préparation de l'accueil du résident dans l'établissement.	3.1.1.1
15	Remarque 15	Le protocole fourni n'explique pas les modalités et délais de révisions du PAP.	3.1.3.3
16	Remarque 16	La commission de coordination gériatrique ne voit pas la participation des professionnels de santé extérieurs à la structure.	3.1.4.4
17	Remarque 17	Le contrat de séjour n'informe pas le résident sur les droits associés à la protection de ses données personnelles	3.2.2.2/3.2.2.5
18	Remarque 18	Les contentions ne sont pas comptabilisées dans le RAMA.	3.2.3.1
19	Remarque 19	Le protocole douleur de l'établissement se concentre uniquement sur le traitement de la douleur via des traitements antalgiques.	3.8.2.24
20	Remarque 20	La direction doit s'assurer que la température des points d'usage de l'eau chaude sanitaire est conforme à la réglementation en vigueur.	Légionnelles

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD « Foyer des Israélites Réfugiés », l'Association Foyer des Israélites Réfugiés, a été réalisé à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

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

Gouvernance :

1. Une répartition des GIR conforme à la réglementation
2. Un système de traitement des plaintes rapide

Fonction support :

1. Un taux d'encadrement suffisant pour permettre la prise en charge des résidents
2. Un taux d'absentéisme et de rotation du personnel en-dessous des médianes

Prise en charge :

1. Tous les résidents disposent d'un médecin traitant
2. Des protocoles complets pour la démarche palliative de l'établissement

Elle a également relevé des dysfonctionnements en matière :

Gouvernance :

1. Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation
2. Le CVS ne se réunit pas assez dans l'année
3. Les EI/EIG, dysfonctionnements ainsi que les actions correctrices ne sont pas présentées au CVS
4. La politique de bientraitance de l'établissement est insuffisamment caractérisée
5. La procédure ne précise pas que les EIG doivent également être déclarés à la Ville de Paris
6. Aucun EIG n'a été transmis à la mission de contrôle malgré une déclaration faite aux autorités

Fonctions support :

1. Gestion des RH :
2. L'absence de formation du personnel de l'établissement sur la prise en charge des personnes âgées et sur les gestes d'urgence est un risque pour la sécurité du résident
3. En l'absence de fiche de tâche dédiée, la mission ne peut écarter un risque de glissement de tâche entre auxiliaire de vie et aide-soignant alors que ces personnels ont des référentiels de compétences différents

Prise en charge :

4. Les modalités de participation du résident à son PAP le limite à la réponse à une série de questions posées. Il n'a pas une participation directe à l'élaboration de son PAP
1. La mission ne peut s'assurer de la qualité du temps de réponse du système d'appel-malade
2. Le contrat de séjour ne comporte pas d'annexe relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir du résident
3. La mission ne peut s'assurer de l'existence d'une procédure relative au circuit du médicament propre à l'établissement
4. Le suivi mensuel des pesées n'est pas assuré dans l'établissement et la mission note que le rythme de pesées ne s'adapte pas à l'état nutritionnel des résidents

Risques environnementaux :

1. La convention de collecte n'a pas été transmise
2. L'établissement n'a pas fourni les analyses légionnelles des années 2022 et 2023. Par ailleurs pour 2021, les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur.
3. La direction doit s'assurer que la température des points d'usage de l'eau chaude sanitaire est conforme à la réglementation en vigueur.

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

Saint Denis, le 29/08/2024

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



Madame Fanny REYNAUD
Chargée du contrôle des ESMS parisiens
Sous-direction de l'Autonomie, Direction des
solidarités



Sandra GROS-DAILLON
Technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire
Délégation départementale de Paris, ARS Île-de-France



Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



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

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

Affaire suivie par : Conrad LAJUSTICIA
Mail : [REDACTED]

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

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

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

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

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

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

Saint-Denis, le 6 octobre 2023

Mesdames, Monsieur

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

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

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur pièces de l'EHPAD « Foyer des Israélites Réfugiés » (FINESS géographique 750800666) situé au 5 rue de Varze, 75016 Paris, géré par l'Association Foyer des Israélites Réfugiés, qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

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

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

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

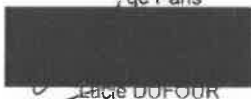
- Madame Dalhia ELENGA, coordinatrice de la mission, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris ;
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet Secteur Personnes Agées, Délégation Départementale de Paris ;
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure de génie sanitaire, responsable du Pôle Santé environnement, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation Départementale de Paris.

Le contrôle, sur pièces, sera réalisé à compter du **6 octobre 2023**. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. La mission pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

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

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

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



Lucie DUFOUR

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



Gaëlle TURAN-PELLETIER

Annexe 2 : Liste des documents demandés

Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces Foyer des Israélites Réfugiés

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

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