

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

« Sainte Monique »

66 rue des Plantes, 75014 Paris

N° FINESS 750800567

RAPPORT DE CONTRÔLE

N°2024_IDF_00024

Contrôle sur pièces du 5 juillet 2024

Mission conduite par

-Madame Florence PEKAR, coordinatrice de la mission de contrôle, chargée du contrôle des ESMS parisiens, Directions des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris

-Madame Dalhia ELENGA, inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

-Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	6
Contexte de la mission du contrôle	6
Modalités de mise en œuvre	6
Présentation de l'établissement	7
Constats	9
Gouvernance	10
Conformité aux conditions de l'autorisation.....	10
Management et Stratégie.....	11
Animation et fonctionnement des instances	18
Gestion de la qualité.....	18
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	21
Fonctions support	25
Gestion des ressources humaines	25
Prises en charge	40
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	40
Respect des droits des personnes	44
Soins.....	47
Relations avec l'extérieur	51
Coordination avec les autres secteurs.....	51
Conclusion	54
Glossaire	55
Annexes	56
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	56
Annexe 2 : Liste des documents demandés	58

Synthèse

Données générales sur l'établissement

Nom	Sainte Monique	Capacité hébergement permanent	130
Adresse	66, rue des Plantes	Places habilitées aide sociale	107
Arrondissement	75014	Présence d'une UVP	Oui
Gestionnaire	Association Notre Dame du Bon Secours	Places en UHR	Non
Statut juridique		Places en PASA	Non

L'établissement a signé un CPOM le 7/12/2021 (période 2022- 2026).

Éléments déclencheurs de la mission

Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC). Ce programme s'inscrit dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer le contrôle des EHPAD parisiens.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Le contrôle a été lancé le 5 juillet 2024 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé à la même date.

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 positifs et les remarques ont porté sur les thématiques suivantes :

Points positifs de l'établissement relevés par la mission

- Un taux d'occupation conforme à la réglementation,
- Une répartition des GIR conforme à la réglementation,
- Un règlement de fonctionnement complet et conforme à la réglementation en vigueur,
- Conformément aux préconisations de l'évaluation externe de 2019, une anticipation du renouvellement des salariés par un recrutement en CDI de 43,4% entre 2019 et 2024,
- Un projet d'accueil personnalisé (PAP) du résident réalisé et réévalué régulièrement,

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Ecarts majeurs :

- Le poste de médecin coordinateur étant vacant, le temps de coordination n'est pas en conformité avec la réglementation en vigueur,
- La composition de l'équipe soignante n'est pas conforme à l'article D.312-155-0 II du CASF.
- Au vu des documents transmis, la mission ne peut déterminer si les résidents sont pesés mensuellement et si un suivi de l'état nutritionnel est en place dans l'établissement.

Ecarts :

- Le projet d'établissement n'est pas en vigueur,
- Le plan bleu est incomplet au regard de la réglementation,
- Les pratiques relatives au CVS ne sont pas complètes,
- L'établissement n'a pas élaboré de PACQ,
- La politique en faveur de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est pas formalisée,

- L'établissement n'a pas élaboré de procédure de gestion des cas de harcèlement moral, harcèlement et violences sexuels,
- L'établissement ne déclare pas les EIG aux autorités de tutelle et ne s'est pas doté d'une procédure d'analyse et de suivi des EIG,
- Les missions des personnels de l'équipe soignante et des agents hôtelier ne sont pas différenciées,
- L'établissement a fonctionné avec un nombre insuffisant d'aides-soignants diplômés 4 journées en juin 2024 et sans aides-soignants diplômés 7 nuits en juin 2024.
- Le contrat de séjour n'est pas conforme à la réglementation,
- La fréquence de l'évaluation de la douleur des résidents n'est pas indiquée.

Remarques

- Tous les ETP ne sont pas inscrits dans l'organigramme
- L'ordre du jour n'est pas précisé dans le compte rendu du CVS.
- La mission ne peut s'assurer que le contenu du règlement de fonctionnement a été validé par le CVS.
- Le livret d'accueil ne mentionne pas la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.
- Dans le registre EI/ réclamations, la distinction n'est pas faite entre les EI EIG et les réclamations.
- Le bilan à mi-parcours d'inscription dans une démarche de gestion et de suivi des événements indésirables, évoqué au CPOM, n'a pas été transmis à la mission.
- L'établissement n'a pas fourni de justificatif de mise en œuvre d'une démarche de gestion, suivi et d'analyse des EI.
- L'établissement n'a transmis aucun RETEX malgré la classification de certains EI comme étant « grave ».
- Le nombre de personnel en CDD manque de stabilité des personnels contractuels, ce qui est de nature à contrevenir à leur sécurité
- L'absentéisme de longue durée du personnel est récurrent.
- Les plans de développement des compétences ne comportent pas de formations relatives aux événements indésirables
- Les plannings manquent de clarté.
- Les conduites à tenir, la marge d'initiative et les limites en cas d'évènement inattendu ne sont pas mentionnées dans les frises organisationnelles.

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 du 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 ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD « Sainte Monique », situé au 66 rue des Plantes 75014 Paris, FINESS n°750800567, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

Aussi, le Directeur général de l'ARS et la Maire de Paris ont-t-ils 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

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 12 juillet 2024, avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 5 juillet 2024. Un e-mail a été transmis à la direction le 5 juillet 2024, 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.couv.fr/> ainsi que <https://bluefiles.com/fr> qui ont été utilisés pour la transmission des documents,
 - o 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 le conseil départemental ont été informés du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision.

Présentation de l'établissement

Située au 66 rue des Plantes 75014 Paris, Sainte Monique est un EHPAD est géré par l'association Notre Dame du Bon secours et situé 66 rue des Plantes, 75014 Paris.

Ouvert en 1966, l'EHPAD » dispose de 129 places d'hébergement permanent et 1 place d'hébergement temporaire.

Il n'est pas habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS du 3 avril 2019, le GMP s'élève à 740 et le PMP à 223. Aussi, les données de l'EHPAD sont légèrement en dessous des chiffres médians régionaux¹.

Les 127 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
EHPAD Sainte Monique					
EHPAD Sainte Monique %					
IDF ² 2021	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

En 2024, Le forfait global dépendance est de 885 891,00€ et la dotation soin est de 2 453 847,60 €.

Le CPOM 2022- 2026 de l'association Notre Dame du Bon Secours a été signé le 07/12/2021 pour tous les établissements parisiens de l'association. Ses principaux objectifs sont :

- Etablir des procédures communes au sein de l'association,
- Fidéliser les personnels et stabiliser l'équipe soignante,
- Améliorer la prise en charge des troubles psycho-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer et l'hygiène bucco-dentaire des résidents.
- Maintenir ou tendre vers un taux d'occupation élevé dans les EHPAD.

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 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	Sainte Monique		
Nom de l'organisme gestionnaire	Association Notre Dame de bons secours		
Numéro FINESS géographique	750800567		
Numéro FINESS juridique	750803678		
Statut juridique	Privé non lucratif		
Option tarifaire	Tarif partiel		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ³	129	129
	HT ⁴	1	1
	UVP ⁵		10
	PASA ⁶		0
	UHR ⁷		0
	UPHV ⁸		
	AJ ⁹		
	AN ¹⁰		
	PFR ¹¹		
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	107		

³ Hébergement permanent

⁴ Hébergement temporaire

⁵ Unité de vie protégée / unité protégée

⁶ Pôle d'activité et de soins adaptés

⁷ Unité d'hébergement renforcée

⁸ Unité pour personnes âgées vieillissantes

⁹ Accueil de jour

¹⁰ Accueil de nuit

¹¹ Plateformes d'accompagnement et de répit

Constats

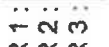
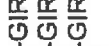
Le rapport est établi au vu des réponses apportées aux questions posées sur une base déclarative et aux documents probants transmis.

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	Conformité aux conditions d'autorisation	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.1.1.2	L'EHPAD Sainte Monique a une capacité de 130 lits répartis en 122 chambres simples (de 20 à 31 m²) et 8 chambres doubles (F2 de 45m²) réparties sur 8 étages, regroupés 2 par 2 pour constituer 4 niveaux. A chaque étage, on retrouve de 11 à 18 chambres. 130 résidents sont accueillis dans l'EHPAD, 129 places hébergement permanent installé et 1 place hébergement temporaire installé. Le taux d'occupation est conforme aux conditions d'autorisation. ● résidents vivent dans l'Unité Protégée. Au jour du contrôle, 127 résidents sont présents dans l'établissement. Le taux d'occupation est donc de plus de 98 %.		
	Répartition des résidents en fonction du GIR		
1.1.3.1	La répartition des GIR 1 à 3 est la suivante : -GIR 1 :  -GIR 2 :  -GIR 3 :  La répartition des GIR est donc conforme à la réglementation en vigueur.		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement Un règlement de fonctionnement a été transmis. Celui-ci a été élaboré en mai 2024. Le règlement mentionne qu'il a été « adopté par le Conseil d'Administration de l'Association Notre Dame de Bon Secours, après consultation du Conseil de la vie sociale et des instances représentatives du personnel de l'établissement ».	
1.2.1.2	Le contenu du règlement de fonctionnement Le contenu du règlement de fonctionnement aborde l'ensemble des dispositions obligatoires prévues dans le CASF : -Règles d'admission (démarches administratives, admission) ; -Déroutement du séjour (sécurité et responsabilité, sécurité des biens et des objets, soins, personnel, intervenants paramédicaux et médicaux extérieurs) ; -Droits et liberté du résident (CVS, commission de restauration, activités et programme d'animations, accompagnement fin de vie, droit à l'image, protection contre la violence) ; -Règles de vie sociale (relation avec autrui). Il est donc conforme à la réglementation en vigueur.	
1.2.1.4	Le projet d'établissement L'établissement a transmis son projet de projet d'établissement pour la période 2024-2029. Le document est complet dans son fond, il est indiqué qu'il doit encore être validé par le Conseil d'Administration de l'organisme gestionnaire courant second semestre 2024 pour mise en œuvre. Il est précisé dans ce projet de projet d'établissement que le CVS a été consulté sur l'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement. A la date du contrôle, l'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement, celui-ci est encore en cours de validation.	Écart 1: L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité, ce qui contrevient aux articles L311-8 du CASF, D311-38 du CASF, D312-160 CASF, R314-88 1° du CASF.
1.2.1.5	Contenu du projet d'établissement En son contenu, le projet du projet d'établissement présenté comporte les éléments suivants :	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Présentation de l'établissement (historique de l'Association Notre-Dame de Bon secours, origine...) - Caractéristiques résidents ; - L'offre sanitaire et médico-sociale ; - Le dispositif d'accompagnement du grand âge (soins & dépendance) de Notre-Dame de Bon Secours et de l'EHPAD Sainte Monique mandaté sur cette mission ; - Une direction et une équipe d'encadrement médico-administrative impliquée dans le projet de vie, d'accompagnement & thérapeutique ; - Une équipe pluridisciplinaire de professionnels ; - Un accueil spécifique, un projet de soins individualisé ; - Le parcours de soins ; - L'admission ; - L'évaluation Globale du Résident (EGR) ; - Le projet d'accompagnement personnalisé ; - Le projet individuel de soin ; - Bienveillance et prévention maltraitance ; - Le projet hôtelier ; - Le projet d'animation ; - L'animation en gérontologie ; - Le cadre légal dans lequel s'exerce l'animation ; - Les projets futurs. Le contenu du projet présente toutes les rubriques attendues, mais n'est pas encore applicable.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Le plan bleu	L'établissement a transmis un plan bleu inter-établissements de l'Association Notre-Dame de Bon Secours daté de juin 2024. Ont également été transmises les annexes portant sur : - Le plan canicule de l'EHPAD de 2024, - Le document d'analyse des risques et défaillance électrique (DARDE) l'Association d'octobre 2020, - Les plans de l'EHPAD, - La procédure en cas de suspicion de Toxi-infection alimentaire collective (TI) de l'établissement mise à jour en juin 2024, - La prévention du risque lié aux légionnelles mise à jour en novembre 2023, - La procédure en cas d'infections nosocomiales mise à jour en avril 2024, - La procédure en cas de rupture d'approvisionnement en électricité ou en gaz ainsi que celle en cas de rupture d'approvisionnement en eau destinée à la consommation de 2020.	Écart 2 : Le plan bleu de l'établissement n'est pas conforme à la réglementation. ne comporte pas certains documents et procédures obligatoires et n'est pas conforme à la réglementation. (Référence : Instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/202 2/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD))
1.2.1.6	Pour l'élaboration du plan bleu actualisé annuellement, l'Association s'est appuyée sur le Comité Qualité inter établissements composé des directions d'établissement et des directions adjointes. Le plan bleu comporte : - Une présentation du plan, - Une fiche de synthèse pour l'identification des établissements et de l'organisme gestionnaire, - Les modalités de déclenchement du plan et de la cellule de crise, - Le plan de continuité de l'activité. Le plan bleu transmis ne comporte pas de procédure de rappel du personnel, de gestion des décès massifs, de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement ainsi que la procédure de mise en place d'un retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu. Directeur de l'établissement et organisme de la structure	Remarque 1 : Tous les ETP ne sont pas inscrits dans l'organigramme
1.2.2.1	Il y a un directeur en poste et un organigramme qui traduit les liens hiérarchiques dans l'établissement. Les ETP sont indiqués pour les personnels qui sont en dessous d'un ETP.	
1.2.2.6	Fiche de poste/Lettre de mission du directeur	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Une fiche de poste a été transmise dans laquelle est présentée une liste non exhaustive des activités réalisées par le directeur qui doit s'adapter aux situations particulières de l'établissement. La fiche de poste contient les missions suivantes : - « Rattachement, responsabilités générales, sécurité, hygiène, qualité ». La direction est responsable de la vie de l'établissement sur les plans administratif et financier ainsi qu'au niveau de la technique et de la sécurité. - « Responsabilités budgétaires, financières, comptables ». La direction assure la bonne exécution du budget de l'établissement - « Responsabilités relatives à la gestion du personnel ». La direction assure pour l'ensemble des salariés le respect des dispositions relatives à l'hygiène et la sécurité des résidents. - « Divers ». La direction assure la mise en place et la participation aux différentes instances réglementaires de l'établissement. - « Vie institutionnelle ». La direction participe aux réunions institutionnelles de l'EHPAD et observe les documents et procédures en application.	
1.2.2.7	Diplômes du directeur Le directeur dispose [REDACTED] conforme à son poste.	
1.2.2.8	Astreintes administratives L'établissement a fourni un planning des astreintes administratives du personnel de la direction. Les astreintes sont assurées par la directrice, la gouvernante, l'adjointe de direction ainsi que l'IDEC. Un roulement hebdomadaire des astreintes est donc en place. L'établissement a également transmis une fiche de procédure des astreintes administratives et techniques dont l'objet est de rappeler l'organisation de l'astreinte administrative et technique au sein de l'établissement : - Organisation de l'astreinte administrative : l'astreinte prend place du lundi au vendredi de 17h à 8h du matin et le week-end du vendredi soir de 17h au lundi matin 9h. Tous les personnels ont accès au numéro de contact de l'astreinte qui est affiché ans l'établissement.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Organisation de l'astreinte technique : les agents techniques en charge de cette astreinte se relaient et sont disponibles les soirs de semaine de 18h à 9h et les week-ends du vendredi soir 18h au lundi matin 9h au numéro dédié. Les salariés peuvent contacter l'astreinte technique en cas de problème technique : fuite d'eau, porte coincée, etc.	
1.2.2.10	Délégation de pouvoirs L'établissement a transmis un document unique de délégation signé par le Directeur général de l'organisme gestionnaire et la directrice de l'établissement. Les champs de la délégation portent sur les domaines suivants : - La conduite de la définition et la mise en œuvre du projet de l'établissement, - La gestion et l'animation des ressources humaines, - La gestion budgétaire, financière et comptable, - La coordination interne et externe de l'établissement notamment sa représentation auprès des autorités, pouvoirs publics compétents et les autres partenaires.	
1.2.2.12	Présence et qualifications de l'IDEC Une infirmière coordinatrice en CDI est en poste dans l'établissement [REDACTED]. Son contrat est signé et dispose qu'elle est présente à hauteur [REDACTED] ETP. L'établissement a également transmis une fiche de poste de cadre de santé non signée et datant de 2017 et son diplôme d'infirmier. Elle est inscrite à l'ordre national des infirmiers.	
1.2.2.14	Présence et temps de travail du médecin-coordonnateur Le poste du médecin coordonnateur est vacant depuis le 1^{er} juillet 2024.	Écart 3 : En l'absence de médecin coordonnateur, l'établissement ne peut assurer les missions de coordination prévues à l'article D.312-158 du CFAS.
1.2.2.15	Qualifications du médecin-coordonnateur Cf supra.	

N°IGAS	Conseil de la Vie Sociale	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.3.3.1	Un CVS est en place dans l'établissement. Le règlement intérieur du CVS n'est ni daté, ni signé. Une date d'approbation est envisagée (le 10 septembre 2024). Il précise que le CVS est à minima composé de : - 2 représentants des personnes accompagnées, - 1 représentant des familles ou des représentants légaux - 1 représentant des professionnels employés par l'établissement - 1 représentant de l'organisme gestionnaire Il est également mentionné que le directeur de l'EHPAD ou son représentant siège avec voix consultative et que les représentants des résidents, familles, le représentant du personnel ainsi que le président sont élus. Le règlement intérieur précise également le fonctionnement du CVS : - La fréquence de tenue du CVS est de 3 fois par an mais l'établissement n'a transmis que deux comptes rendus pour 2023 et un pour 2024. - L'ordre du jour est établi par la présidente du CVS et la direction de l'établissement. Il est communiqué au moins 15 jours avant la tenue du CVS et est accompagné des informations nécessaires. Les modalités de transmission de l'ordre du jour ne sont pas précisées. L'ordre du jour n'est pas systématiquement mentionné dans le compte rendu de séance. - Un secrétaire de séance est désigné parmi les personnes accompagnées ou les représentants des familles ou représentants légaux. Il établit un relevé de conclusions à chaque séance qui est signé par le président du CVS et envoyé par mail aux familles/proches des résidents de l'EHPAD. L'affichage du compte rendu est prévu au règlement de fonctionnement (RDC en face des ascenseurs) ainsi que sa mise à disposition à l'accueil de l'établissement. - Les comptes rendus sont signés par la présidente du CVS et la directrice de l'établissement. Les comptes rendus ne précisent pas qui est le secrétaire de séance et ne distinguent pas les	Remarque 2 : L'ordre du jour n'est pas précisé dans le compte rendu du CVS. Écart 4 : Le CVS ne s'est pas réuni 3 fois en 2023, ce qui contrevient à l'article D.311-16 du CASF Remarque 3 : La mission ne peut s'assurer que le contenu du règlement de fonctionnement a été validé par le CVS.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	membres titulaires des suppléants. Il n'apparaît pas, dans les documents fournis, que le compte rendu du CVS précédant soit validé pendant la séance suivante. L'analyse des 3 comptes rendus de CVS transmis montrent que celui-ci est composé de 5 à 7 4 représentants des familles, 2 à 4 représentants des résidents, 1 représentant du Conseil d'administration, et 4 représentants des salariés. Les thèmes abordés par le CVS recouvrent : - La vie quotidienne : travaux, animation, linge, repas, appels malade, présentation des résultats de l'enquête de satisfaction - Les ressources humaines : mouvements de départ et d'arrivée, congés-maladies, formation, accompagnement à la promotion professionnelle, modification de l'organisation de travail des soignants. - La prise en charge des résidents : disparition d'objet/linge, qualité repas, enquête de satisfaction, changement d'officine - Les projets de l'établissement : restructuration, cuisine centrale. Les compte- rendus de ces 3 CVS montrent qu'aucun sujet n'a été soumis vote.	
1.3.3.2	Présentation des dysfonctionnement et événements Indésirables (graves) EI/EIG en CVS Les dysfonctionnements sont abordés lors des séances du CVS : - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] Les EI/EIG ne sont pas présentés en CVS. 1 EIG a été déclaré au conseil départemental en 2023 [REDACTED] Cet EIG n'est pas mentionné dans les comptes rendus CVS de l'année 2023. Selon la procédure de signalement d'un EI, il est informé des EI évalués comme EIG, par la direction de l'établissement (cf. procédure de signalement EI par un professionnel).	Écart 5 : En ne présentant pas les événements indésirables et les

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'étude des comptes-rendus du CVS indique que ce n'est pas le cas. Aucun EI/EIG n'est mentionné dans les comptes rendus de CVS transmis. La présentation des EI/EIG en CVS n'est pas prévue au règlement de fonctionnement du CVS.	mesures correctrices mises en place au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF

Animation et fonctionnement des instances

Gestion de la qualité

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.4.1.7	Plan d'amélioration continue de la qualité L'établissement n'a pas fourni de PACQ.	Écart 6 : Aucun plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) n'a été transmis à la mission (référence : Article L312-8 du CASF).
1.4.2.1	Évaluations interne et externe Le rapport d'évaluation interne n'est pas daté. A la lecture, il est possible de repérer qu'il a été réalisé en 2019. Le rapport d'évaluation externe a été réalisé en décembre 2019. L'évaluation externe de 2019 a relevé l'absence de plusieurs outils tels que : le livret d'accueil ; le règlement intérieur pour les professionnels ; les fiches de poste ; les procédures de pré admission et admission, d'accueil des résidents, de projet personnalisé. La plupart de ces documents ont été transmis à la mission. L'effort d'élaboration des documents manquants en 2019 est à souligner.	
1.4.3.1	Politique de bientraitance/lutte contre la maltraitance L'association Notre Dame de Bon Secours a formalisé une stratégie de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance en novembre 2023 avec une procédure de signalement par un professionnel et une procédure de signalement pour les résidents, proches et visiteurs.	Remarque 4 : Le livret d'accueil ne mentionne pas la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le document a été mis à jour en juin 2024 par la responsable qualité de l'association. Le document revient sur la définition de la bientraitance et de la maltraitance. La stratégie de l'association Notre Dame de Bon Secours est déclinée en 3 points : - Veiller constamment au risque de maltraitance : identification des facteurs organisationnels et humains favorisant la maltraitance et proposition de réponse ; - Favoriser l'expression continue des personnes accompagnées : CVS, projet personnalisé d'accompagnement, enquête de satisfaction, développement de stratégie d'entrée en relation avec chaque résident (incluant les proches, prise en compte de la communication non verbale...); - Accompagner les équipes dans l'appropriation d'une culture de bientraitance : information, formation démarche Humanitude, psychologue, réunion d'équipe, comité éthique inter établissement en cours de création (prévoyant la participation des représentants des résidents et des familles...). Le projet du projet d'établissement de Sainte Monique (page 40) décrit les actions de Prévention de la maltraitance / Promotion de la bientraitance : - Actions de sensibilisation régulières à la prévention du risque maltraitance par le biais de la formation continue du personnel réalisées par la psychologue, le médecin coordonnateur, la cadre de santé, des intervenants extérieurs ; - Procédure de signalement ; - Affichage N° Vert 3977 ; - Inscription de l'établissement au programme Humanitude avec pour objectif de former la totalité de son personnel d'ici 4 ans ; Projet à moyen terme, de désignation de référents Humanitude ; Projet à long terme, candidater à la labélisation Humanitude. L'effectivité de la mise en œuvre de ces actions au sein de l'EHPAD Sainte Monique n'a pas été identifiée dans le cadre du contrôle. Le livret d'accueil de l'établissement ne comporte pas de paragraphe sur la bientraitance et la maltraitance. La formation continue à la bientraitance, thème clé du plan annuel de développement des compétences, choisie comme thème prioritaire pour toute l'association en 2021 et 2022, via une formation dédiée, la bientraitance se déploie également dans d'autres thèmes mutualisés (accompagnement de la fin de vie...) ou propres à chaque ESMS : Projets de	<u>Écart 7</u>: Il n'existe pas de politique formalisée sur la bientraitance et la lutte contre la maltraitance, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	formation 2024 à l'EHPAD Sainte Monique (démarche Humanitude), formations dispensées par le Centre ressources francilien du traumatisme crânien au FAM Sainte Geneviève... Aucun document ne prouve que les agents aient suivi cette formation.	
1.4.3.2	<u>Procédure en cas de violence/harcèlement sexuel</u> L'établissement a transmis une fiche de signalement standardisée mais pas de procédure abordant les situations de violence ou de harcèlement sexuel entre deux personnes accueillies, un membre du personnel, une personne accueillie et une personne extérieure à la structure. <u>Procédure de signalement en cas d'agression</u> L'établissement a transmis une fiche de signalement standardisée mais pas de procédure spécifique de signalement en cas d'agression.	<u>Écart 8 :</u> L'établissement ne dispose pas de procédure particulière en cas de harcèlement moral et sexuel, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF car la sécurité de l'usager n'est pas assurée
1.4.3.3	<u>Cas de maltraitance signalés au Procureur de la République</u> Les procédures de signalement suspicion de maltraitance mentionnent la transmission, sans délai, à la justice si la situation le requiert. Aucune liste de signalements au Procureur de la République n'a été transmise dans le cadre du contrôle.	<u>Écart 9 :</u> L'établissement ne dispose de procédures concernant les cas d'agressions et leurs signalements aux autorités, ce qui contrevient aux articles 331-8 du CASF

N°IGAS		Observations ou commentaires		Constat E/R	
Enregistrement, traitement et suivi des plaintes/enquêtes de satisfaction					
Les enquêtes de satisfaction					
L'établissement n'a pas transmis d'enquête de satisfaction pour l'année 2023.					
Il a transmis les résultats de l'enquête de satisfaction 2024 réalisée auprès des résidents et des familles. 7 thèmes sont abordés : « communication », « information », « soin », « restauration », « propreté des chambres et des espaces communs », « linge », « animation » ; un plan d'actions est annoncé.					
48 personnes ont répondu à l'enquête de satisfaction 2024 (75% de proches et 23% de résidents).					
Les principaux résultats sont les suivants :					
1.5.1.1	81,25% de satisfaction sur la propreté des chambres et espaces communs ;				
	77,1% de satisfaction sur la communication (disponibilité et qualité d'écoute) ;				
	77,1% de satisfaction sur l'information (qualité des informations transmises) ;				
	72,5% de satisfaction pour l'animation ;				
	58% de satisfaction pour des soins ;				
	56,3% de satisfaction pour de la prise en charge du linge,				
	47,9% de satisfaction pour la restauration.				
Les thématiques totalisant les plus faibles taux de satisfaction (restauration et lingerie) correspondent aux thèmes les plus évoqués en CVS.					
Les remarques effectuées par les répondants sont prises en compte ; un plan d'actions est établi :					
Soins		Remarques	Plan d'actions		
		Difficultés d'obtenir les résultats médicaux Médecins traitants peu joignables	Recrutement d'un second cadre de santé		

N°IGAS

Observations ou commentaires

Constat E/R

	Prise de contact difficile avec les infirmiers	Identification de représentants de résidents texture mixée et texture hachée Comité restauration 3 fois par an	Remarque 5 : Dans le registre EI/ réclamations, la distinction n'est pas faite entre les EI EIG et les réclamations.
	Restauration Nourriture trop salée Effort à faire sur les mixés Ecart entre le RDC et les étages Linge Disparition fréquentes de vêtements Détérioration du linge	Réinternalisation de la lingerie après travaux	
	Les plaintes et réclamations L'EHPAD a transmis un registre intitulé « registre de gestion des plaintes, réclamations et EI ». Les plaintes des résidents ou entourage sont transmises via des échanges oraux, téléphoniques ou par mail. Le document comprend 23 incidents, tous enregistrés comme des EI (Nature de l'évènement signalé) alors que 20 incidents ont été déclarés par la famille, le résident ou un proche (Statut de la personne déclarant). Une réponse systématique est apportée aux déclarants par mail ou oralement dans la semaine, les 10 jours. Sur ces 20 incidents seuls 5 d'entre eux ont fait l'objet d'une réponse écrite. Les autres ont fait l'objet d'une réponse orale. La mission d'inspection s'interroge sur la distinction faite par l'établissement entre EI/EIG et Réclamation.		Remarque 6 : Le bilan à mi-parcours d'inscription dans une démarche de gestion et de suivi des événements indésirables, évoqué au CPOM, n'a pas été transmis à la mission.
1.5.1.3	Procédure de déclaration des événements Indésirables L'établissement dispose de deux procédures de signalement d'EI : « procédure de signalement par un professionnel » et « procédure de signalement EI / Réclamation par un résident, proche, visiteur ». La procédure de signalement Evénements Indésirables (EI) par un professionnel spécifie l'information de l'Agence Régionale de Santé, de la ville de Paris et du CVS si l'EI est		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	évalué par la direction comme événement indésirable grave (EIG) ou événement indésirable grave associé aux soins (EIGS). La procédure de signalement EI par un professionnel prévoit l'analyse de la fiche et la prise de décision correctives par la direction. Elle ne mentionne pas de temps de réflexion collectif - sur les causes apparentes et latentes - pour prévenir les récides et améliorer les pratiques. Le CPOM 2022-2026, fixe l'objectif de s'inscrire dans une démarche de gestion, de signalement et de suivi des événements indésirables (avec bilan à mi-parcours 2024). La procédure de signalement EI par un professionnel n'est pas appliquée. Au jour du contrôle, le conseil départemental n'a reçu aucune déclaration d'EIG pour l'année 2024 et une seule pour 2023. L'objectif fixé par le CPOM « démarche de gestion, de signalement et de suivi des événements indésirables » n'est pas effectif.	
1.5.1.5	Analyse et suivi des EI/EIG L'établissement a transmis un tableau Excel intitulé « liste EI et EIG 2023 et 2024 ». Le tableau comprend trois onglets : registre, statistiques et classement des événements. L'onglet registre recense les événements ainsi que les mesures prises et le référent depuis l'alerte jusqu'à la clôture. Il comporte plusieurs colonnes dont : « type d'événement », « gravité », « description », « conséquences », « mesures prises », « référents », « statut » « historiques du suivi ». Le tableau comporte 10 lignes d'EI. L'étude du tableau révèle que : - EI soit 0% concernent des problèmes de médicaments en lien avec l'officine en 2023. L'établissement a répondu à cette problématique par la mise en place d'un nouveau système de distribution des médicaments avec un changement d'officine en mars 2024 (CVS du 25/04/2024) ; - EI soit 0% concernent des difficultés de relations/communication. Les actions et mesures préventives ou correctrices en lien avec les difficultés de relation/communication n'ont pas été transmises à la mission inspection ;	Écart 10 : L'établissement ne déclare pas aux autorités compétences les EIG conformément aux articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration EI/EIG/EIGS à l'autorité R1413-67 à 70 CSP (déclaration et suivi des EIGS). Remarque 7 : L'établissement n'a pas fourni de justificatif de mise en œuvre d'une démarche de gestion, suivi et d'analyse des EI.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	● EI sont enregistrés en niveau de gravité « grave » sans être classés comme EIG. L'établissement n'a pas fourni d'élément permettant de confirmer la mise en œuvre de mesures préventives ou correctrices, dans le cadre du suivi des EIG. L'onglet classement des événements reprend la définition d'une réclamation, d'un EIG, d'un EIGS. Des sources juridiques et la liste des onze catégories d'EIG y sont citées. L'analyse du tableau Excel intitulé « liste EI et EIG 2023 et 2024 » met en évidence plusieurs événements indésirables graves non enregistrés comme tels. Ces événements sont relatifs à : La mission note une sous-utilisation de l'onglet « classement des événements » et une méconnaissance de la notion d'EIG.	
1.5.1.6	Signalements et transmission de retour d'expérience (RETEX) L'établissement n'a pas transmis de retour d'expérience malgré la catégorisation de certains EI comme « grave » dans le tableau de suivi. A la date du contrôle, l'établissement n'a transmis aucun RETEX au conseil départemental. Aucun RETEX n'a été transmis dans le cadre du contrôle.	Remarque 8 : L'établissement n'a transmis aucun RETEX malgré la classification de certains EI comme étant « grave ».

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.1	Les Effectifs Effectifs en contrat durée indéterminée (CDI) L'établissement a transmis les documents suivants : - Un du 9 juillet 2024 ; - Le registre du personnel N-1 et N-2 ; - Un tableau de suivi des effectifs (TSE) CDI et CDD-VAC non datés. L'effectif cible n'a pas été communiqué. L'étude du tableau suivi des effectifs-onglet CDI permet de reconstituer la composition de l'équipe. La composition de l'équipe telle qu'elle ressort du tableau de suivi des effectifs fourni ne correspond pas à l'ERRD 2023 [REDACTED]	Écart 11 : La composition de l'équipe soignante n'est pas conforme à l'article D.312-155-0 II du CASF.
	Composition de l'équipe en CDI :	

Libellé emploi	Nombre poste	ETP
Accompagnant éducatif et social		
Adjoint de direction		
Agent hôtelier		
Aide-méxico-psychologique		
Aide-soignant diplômé		
Animateur socio-éducatif N1		
Directeur		
Employé administratif et qualifié		
Employé de lingerie		
Gouvernante principale		
Infirmier D.E.		
Médecin coordonnateur		
Ouvrier d'entretien		
Psychologue		
Psychomotricien		
Secrétaire de direction		
Surveillant chef		
Total général		

Répartition des effectifs par ancienneté

● % des salariés en CDI sont présents dans la structure depuis plus de 10 ans, ce qui révèle une certaine stabilité des personnels.

● % des salariés ont été recrutés en CDI entre 2019 et 2024. Ce chiffre peut s'expliquer par le renouvellement nécessaire des effectifs annoncé par l'évaluation externe en 2019 (un tiers). La mission de contrôle considère que l'établissement a tenu compte du rapport d'évaluation externe en anticipant le recrutement des salariés.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Répartition des CDI par ancienneté L'organigramme mentionne le nom des agents ainsi que la quotité de travail. Il permet d'avoir une vision de l'organisation générale de l'établissement : Le comité de direction compte L'équipe hôtelière, supervisée par la gouvernante, se compose de : - agents « employé de lingerie » à la lingerie, dont figure dans l'équipe soignante de l'organigramme, - agents « agent hôtelier » au nettoyage. L'équipe d'accueil, supervisée par l'adjointe de direction, se compose de : - agents ;	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'équipe de maintenance, supervisée par la directrice de l'EHPAD et le responsable maintenance groupe NDBS, se compose de : - 1 agent EHPAD ; - 1 agent groupe NDBS L'équipe de soignante, supervisée par la cadre de santé, se compose de 48 agents : - 1 infirmières dont trois à temps partiel (deux à 81% et une à 50%) ; - 1 soignants dont 4 à temps partiel (quotité allant de 45 à 55 %). Les soignants sont placés sous la responsabilité hiérarchiques des infirmières. Ils sont classés par ordre alphabétiques ; leur spécialité n'est pas précisée. Le rapprochement de l'organigramme et du registre des personnels N-1 permet d'identifier la spécialité des professionnels classés sous le terme « soignants ». La mission de contrôle dénombre : - 1 AS ; - 1 AMP ; - 1 AES ; - 1 Agents hôteliers ; - 1 Employé lingerie ; - 1 animateur éducatif et loisir ; - 1 DE. L'analyse des différents documents met en exergue plusieurs anomalies : - Anomalies relevées sur l'organigramme : - o Trois agents apparaissent deux fois sur l'organigramme : ▪ L'un en tant qu'infirmière à 81% et en tant que soignante sans quotité ; ▪ Un autre en tant que soignant et agent hôtelier/lingerie ; ▪ Le 3ème en tant que soignant et agent hôtelier/nettoyage. - Anomalie relevée sur la base du rapprochement de l'organigramme et du registre du personnel : - o L'organigramme regroupe sous l'intitulé « soignants » 1 agents dont les fonctions ne relèvent pas nécessairement du soin.	Écart 12 : En ayant recours de manière importante aux personnels en CDD, la direction de l'établissement ne pourvoit pas de manière durable et permanente certains postes de soignants, ce qui est de nature à remettre en cause la

Anomalies constatées sur la base du rapprochement de l'organigramme et du tableau de suivi des effectifs (TSE) :

- o Le poste d'ergothérapeute n'apparaît pas sur le TSE ;
- o Une soignante apparaît sur l'organigramme mais n'est pas au TSE ;
- o Six agents sont présents au TSE (deux agents hôteliers et 4 aides-soignants), mais ils n'apparaissent pas sur l'organigramme.

Le médecin coordonnateur est en poste depuis [REDACTED] Le tableau de suivi des effectifs indique une fin de contrat [REDACTED] Il est mentionné sur l'organigramme qu'un recrutement est en cours, à [REDACTED] %.

Recours aux contractuels

Le tableau de suivi des effectifs remis fait état de 255 contrats à durée déterminée [REDACTED] CDD et [REDACTED] « VAC » enregistrés entre le 1er janvier 2024 et la date du contrôle ce qui correspond au recrutement de [REDACTED] professionnels (soit plus que le nombre de salarié en poste fixe sur l'ensemble de la structure). Le nombre de contractuels conduit la mission à s'interroger sur les répercussions quant à la cohésion de l'équipe. La mission s'interroge sur la cohésion de l'équipe, compte tenu du nombre important de contractuels.

Libellé emploi CDD VAC entre le 01/01/2024 et la date de contrôle	Nombre
Accompagnant éducatif et social	[REDACTED]
Adjoint de direction	[REDACTED]
Agent hôtelier	[REDACTED]
Aide-médecin-psychologique	[REDACTED]
Aide-soignant diplômé	[REDACTED]
Animateur d'activités culturelles et de loisirs	[REDACTED]
Employé administratif et qualifié	[REDACTED]
Employé de lingerie	[REDACTED]
Infirmier D E	[REDACTED]
Psychologue	[REDACTED]
Total général	[REDACTED]

Parmi les [REDACTED] professionnels embauchés temporairement [REDACTED] % sont des agents hôteliers et [REDACTED] % des aides-soignants (cf. diagramme ci-dessous).
Ce recours important aux contractuels peut s'expliquer par le taux d'absentéisme de l'établissement, qui est de 5 points supérieur aux moyennes de référence (cf. 2.1.1.3).

sécurité de la prise en charge des résidents (Article L.311-3 3° du CASF.

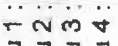
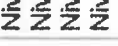
N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Répartition du recours en CDD VAC par type d'emploi entre le 01/01/2024 à la date du contrôle ■ Accompagnant éducatif et social ■ Adjoint de direction ● Agent hôtelier ■ Aide-médico-psychologique ● Aide-soignant diplômé La durée des contrats CDD sur la période étudiée peut permettre aux professionnels de développer une connaissance relative du fonctionnement de l'établissement et d'identifier les besoins/spécificités des résidents. Cette durée n'est pas suffisante pour la création du lien de confiance durable nécessaire à la mise en œuvre d'un accompagnement de qualité. Le manque de stabilité des agents auprès des résidents a un impact sur la qualité de la prise en charge.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
		Remarque 9 : Le personnel en CDD manque de stabilité, ce qui est de nature à contrevenir à la sécurité des résidents.
L'absentéisme 2.1.1.3	L'absentéisme [REDACTED] Le taux d'absentéisme de l'établissement est particulièrement élevé sur les deux dernières années : 5 point supérieur à la médiane départemental en 2022 et 7 points supérieur à la médiane départemental en 2023. L'étude des plannings de juin, juillet et août 2024 révèle peu d'absence de courte durée, mais plusieurs absences sur de longues périodes. [REDACTED]	Remarque 10 : L'absentéisme de longue durée du personnel est récurrent.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'établissement n'a pas transmis d'élément mettant en évidence une réflexion autour de la problématique de l'absentéisme. <u>La rotation du personnel</u> L'établissement parvient à fidéliser les anciens salariés. L'enjeu est aujourd'hui de recruter des salariés, soignants notamment, en contrat pérenne et de les fidéliser.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.6	L'Intérim Les éléments transmis ne mettent pas en évidence de recours à l'intérim. Le CPOM 2022- 2026 précise qu'il n'est pas fait recours à l'intérim.	
2.1.2.1	<u>Le plan de développement des compétences</u> Un plan de formation (fichier Excel) a été fourni pour les années 2023 et 2024. Les fichiers remis distinguent les formations réalisées sur différentes structures (résidence autonomie, foyer d'accueil médicalisé...). Une rubrique supplémentaire intitulée « mutualisé » répertorie d'autres formations telles que : tutorat stagiaires, attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU) niveau 1, AFGSU niveau 2, piloter et accompagner la formation Troubles Musculo Squelettiques, accompagner les résidents en fin de vie, communication, EdocPro (comptabilité) Concernant Ste Monique : Pour 2023 : - Formation Humanitude de deux jours en septembre et quatre jours en décembre ; - Formation aide-soignante du 25 septembre 2023 au 7 juin 2024 pour une ASH. Pour 2024 : - Formation Humanitude de cinq jours en avril ; - Formation DEAS préparation au diplôme d'Etat d'aide-soignante du 25 septembre 2023 au 7 juin 2024 (même salariée) (le nom de la salariée n'apparaît pas dans le registre du personnel) ; - Formation bureautique de sept agents en CDI, réalisée en interne par cadre de santé, gouvernante, agent d'accueil et IDE ; - Formation référent hygiène pour une aide-soignante et un agent hôtelier Les salariés ont accès des formations externes (Humanitude, DEAS). Des formations sont dispensées en interne : Excel et Word par les agents plus expérimentés ; sensibilisation sur les thèmes Prévention de la maltraitance / Promotion de la bientraitance par la psychologue, le médecin coordonnateur, la cadre de santé.	Remarque 11 : Les plans de développement des compétences ne comportent pas de formations relatives aux événements indésirables Écart 13 : Le manque d'informations concernant la formation lutte contre la maltraitance, ne permettent pas de conclure à une bonne sensibilisation de l'ensemble des professionnels à ces thématiques, ce qui contrevient à l'article L313-12-3 du CASF

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le fichier Excel remis est partiellement complété. Le nombre de salariés inscrits à la formation Humanitude n'est pas renseigné ce qui ne permet pas à la Mission d'avoir une vision de la politique de lutte contre la maltraitance de l'EHPAD. D'après le projet de projet d'établissement, des temps d'échange sont institutionnalisés : - Réunions d'équipe (1 fois par semaine) visant à inciter les soignants à prendre la parole en groupe. Ces réunions sont décrites comme des temps d'échange et d'argumentation nécessaires à l'amélioration des pratiques professionnelles et à l'amélioration de la qualité de vie au travail ; - Séances de groupe de paroles, pilotées par un intervenant extérieur, ayant la connaissance du travail en EHPAD. Les séances de groupe de parole n'apparaissent pas sur les plans de développement de compétences 2023 et 2024. Le projet de projet d'établissement évoque un plan de formation institutionnel portant sur : - Les maladies neurodégénératives dont la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées - Les symptômes psycho-comportementaux liés à la maladie - Les premiers secours - La bientraitance - Les risques et la prévention de dénutrition - L'accompagnement de fin de Vie - Formation au concept d'accompagnement & de PEC "Humanitude"	
2.1.2.5	Protocole d'accueil des nouveaux professionnels Une procédure d'intégration d'un nouveau salarié (deux pages) a été transmise à la mission. Le document prévoit : - La remise des documents relatifs en l'embauche (contrat de travail, fiche de poste, règlement intérieur, livret d'accueil...) ; - L'intervention d'un référent le premier jour pour la visite du site, remise des outils de travail et transmission d'information ; - L'organisation du travail avec un binôme le jour d'intégration ; - Les modalités de rupture de la période d'essai ; - La participation à une journée d'intégration, - La visite médicale d'embauche.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les missions du référent et la durée du travail en binôme ne sont pas précisées dans la procédure. Le projet de projet d'établissement organise la prévention de l'épuisement professionnel autour de la mobilité inter-étage ou unité. Les salariés changent d'étage ou d'unité tous les 3 à 6 mois afin que la charge de travail soit vécue de façon plus équilibrée, tout en améliorant la connaissance des résidents par le personnel. <u>Les plannings</u> L'établissement compte 130 places réparties sur 8 étages. La procédure d'absence précise que l'EHPAD Sainte Monique fonctionne par niveau d'hébergement incluant chacun 2 étages : Niveau 1 :  Niveau 2 :  Niveau 3 :  Niveau 4 :  Chaque étage comptant en moyenne 17 résidents (à l'exception du 8^{ème} étage qui constitue l'UVP de 12 places). Les plannings des mois de juin, juillet et août 2024 ont été transmis. Ils sont peu lisibles et regroupent sur un même tableau le personnel administratif, les soignants de jour et de nuit. Le planning ne permet pas d'identifier rapidement le nombre d'agent présents pour une journée donnée. Les agents contractuels ne sont pas clairement mentionnés. L'étage ou niveau d'affectation n'est pas indiqué ce qui ne permet pas de calculer précisément le nombre d'agent en poste par jour et par étage. La légende est incomplète et ne correspond pas aux libellés de poste utilisés dans le tableau : certains sigles et couleurs ne sont pas explicités (EFM, MANM, AANP, QQA, EVF, 9W3...). Le sigle des postes n'est pas explicité, un croisement avec le tableau de suivi des effectifs permet de conclure ceci : AGTH : Agent hôtelier ; AS ou ASD : Aide-soignant diplômé ; Accomp : accompagnant éducatif et social ; AMP : Aide-médico-psychologique. <u>Horaires du personnel</u> : On distingue douze rotations horaires différentes sur le planning du mois de juin (hors personnel administratif). Certains agents sont en 5 heures et d'autres en 10 ou 12 heures. Equipe de jour :	
2.1.4.5		Remarque 12 : Les plannings manquent de clarté.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	ASH1 : 07h30 - 14h45 ; ASH 2 : 13h15 - 20h45 ASa : 07h30 - 19h30 ; ASb : 08h - 20h ; ASc : 08h15 - 20h15 Sl : 7h - 12h ; 10+ : 08h30 - 14h30 / 16h - 20h ; 10l : 08h - 13h / 14h30 - 19h30 ; M/1 : 06h45 - 6 15h15 AGT 5 : 09h00 - 12h00 / 14h00 - 17h00 LING 1 2 3 : 08h00 - 12h00 / 12h30 - 15h00 Equipe de nuit : 10a - 10b - 10c - 10d : 20h - 7h La lecture et la compréhension des plannings est altérée par le nombre important d'informations non explicites. La mission interprète ces rotations comme suit : ASH 1 et 2 : agent hôtelier ; ASa, ASb et ASc : aide-soignant ; M/1 : aide-soignant Sl, 10+, 10l : infirmière ; <u>Répartition sur la journée :</u> L'étude du planning du mois de juin permet d'identifier la répartition des agents sur une journée. Il est possible de dénombrer en moyenne 20 agents (entre 19 et 22) par jour dont 4 à 9 aides-soignants diplômés (colonne « poste »). Au mois de juin, les aides-soignants diplômés représentent 20 à 45% de l'effectif présents au chevet des résidents. La mission note que certains jours (quatre au mois de juin), l'établissement ne dispose que de 4 AS. Dans ce contexte, les professionnelles sont amenées à intervenir sur deux étages ce qui représente une charge de 29 à 34 résidents. L'étude des rotations horaires du planning de ce même mois révèle une organisation différente. Il est à noter que la plupart du temps, la présence de 12 agents par jour : 4 ASa, 4 ASb et 4 ASc soit 1 agent pour 11 résidents.	<u>Écart 14 :</u> L'établissement a fonctionné avec un nombre insuffisant d'aides-soignants diplômés 4 journées en juin 2024 et sans aides-soignants diplômés 7 nuits en juin 2024, ce qui est de nature à remettre en cause la sécurité de la prise en charge des résidents (Article L.311-3 3° du CASF).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Il est possible d'observer que des agents hôteliers (AGTH en colonne « poste ») sont positionnés sur des rotations ASa, ASb et ASc. Au mois de juin, ce sont 9 agents hôteliers qui sont positionnés sur des rotations aide soignants. L'analyse des rotations du planning du mois de juin de l'établissement Saint Monique laisse penser qu'il y a un glissement de tâches. Neuf agents hôteliers sont positionnés sur des rotations d'aide soignants. Le compte rendu du CVS du 28 juin 2023 indique que neuf agents sont accompagnés dans le cadre d'une validation des acquis de l'expérience (VAE) aide-soignant. L'établissement n'a pas fourni justificatif allant dans ce sens. La mission ne peut exclure un glissement de tâches. Les plannings font apparaître un pool de 10 IDE, toutes de jour. Il y a en moyenne 3 IDE par jour, mais la mission constate qu'il n'y en a que 2, 7 journées en juin 2024 (les 8, 9, 14, 22, 23, 24 et 27 juin).	
2.1 4.2	Les fiches de tâches heurées L'établissement n'a pas transmis de fiches de tâches heurées mais une frise organisationnelle de l'année 2023. Le document comprend plusieurs onglets. Il distingue les missions des « soins », des missions « hôtellerie » et décrit une journée type. Journée type hôtellerie : Le document ne mentionne pas les conduites à tenir, la marge d'initiative et les limites en cas d'évènement inattendu. La frise organisationnelle soins prévoit : <u>Equipe de jour :</u> 1 IDE sur les étages 1-2-3-4 de 8H30 à 19H30, 2 IDE en alternance sur les étages 5-6-7-8, de 8H30 à 20H, Soit 2 IDE par jour	Remarque 13 : Les conduites à tenir, la marge d'initiative et les limites en cas d'évènement inattendu ne sont pas mentionnées dans les frises organisationnelles.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	3 AS par étage (6H45- 18H45 : 7H30- 19H30, 8H- 20H) + 1 AS 8H - 14H30 mobilisable sur les autres étages en cas d'absence., Soit 12 AS par jour (24 AS au total en comptant la contre équipe) plus une volante d'après cette frise. La frise organisationnelle met en évidence un besoin de 24 AS au total ; le TSE en dénombre 20. La frise organisationnelle hôtellerie prévoit : 1 cadre hôtelier, 1 agent hôtelier de 7H à 15H sur chaque Niveau 1,2,3,4, soit 4 agents par jour soit 8 au total La frise organisationnelle met en évidence un besoin de 8 agents hôteliers au total ; le TSE en dénombre 28. <u>Equipe de nuit :</u> La frise indique 4 AS prévus la nuit. Il n'y a pas d'IDE sur l'EHPAD la nuit mais un poste d'infirmière de nuit est mutualisé au niveau du groupe NDBS de 20h à 7h (0,2 ETP sur Saint Augustin). Au mois de juin, on dénombre 10 agents de nuit. La présence de 4 agents par nuit est notée : un 10a, un 10b, un 10c, et 10d. L'équipe de nuit du mois de juin se compose comme suit : 3 AS, 1 AES, 1 AMP et 5 sont agents hôteliers. 50% du personnel de nuit n'est pas diplômé. Au mois de juin, 7 nuits ont été effectuées sans AS. Cf remarque 11 supra. Des astreintes nocturnes et week-end du cadre de santé sont mentionnées, avec un renvoi vers le plan bleu, ainsi qu'une garde administrative de 18h à 8h45 pour le directeur de l'établissement et un « stand bye plan bleu et EIGS » de 17h à 8h45 pour le médecin coordonnateur.	
2.1.4.4	<u>Le glissement de tâches</u> L'étude des plannings montre un positionnement d'agents hôteliers sur des rotations d'aide soignants en journée et l'absence d'aide-soignant certaines nuits (Cf. 2.1.4.5). La mission conclue qu'il existe un glissement de tâches au sein de l'établissement entre l'équipe soignante et les agents hôteliers.	<u>Écart 15 :</u> Les AS, AES (ex AMP), AVS et agents hôteliers exercent les mêmes missions en journée et la nuit alors que ces personnels ne disposent pas des mêmes qualifications, ce qui constitue un glissement de tâches (Articles L451(Articles L451-1 du CASF et L311-3, 1° du CASF).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.4.7	Gestion des absences imprévues Une procédure de Gestion des absences inopinées – Absence personnel du service de soins a été transmise dans le cadre du contrôle. Le document révisé en 04/2024, décrit un plan de remplacement par métier (aide-soignant et IDE) et par nombre de personnel absent. Le plan de remplacement aide-soignant se base sur : - L'activation de la liste de réserve (remplaçants internes et externes) , - La réaffectation des tâches sur d'autres aides-soignants ; - L'augmentation ponctuelle du nombre d'heures travaillées ; - Le recours aux agences d'intérim ; - La priorisation ou reprogrammation de soins. La mutualisation de deux ou plusieurs niveaux est envisagée à partir de l'absence de deux aides-soignants. Le plan de remplacement infirmière s'organise comme suit : - L'activation de la liste de réserve ; - La réorganisation des tâches ; - La contribution de l'IDEC ; Le recours aux IDE libéraux et à l'HAD.	
2.1.4.10	La qualification du personnel de nuit La frise organisationnelle prévoit 4 AS la nuit de 20H à 7h et une IDE mutualisée avec le groupe. (EHPAD Saint Augustin) L'équipe de nuit du mois de juin se compose comme suit : 3 AS, 1 AES, 1 AMP et 5 sont agents hôteliers. 50% du personnel de nuit n'est pas diplômé au mois de juin.	

Prises en charge

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
La procédure d'admission La procédure d'admission est intitulée « Procédure d'accueil du nouveau résident » et comprend 3 étapes de l'accueil du nouveau résident : avant l'admission, le jour de l'admission, dans les premières semaines. 1) Avant l'admission Administratif - L'adjointe de direction complète le dossier résidents papier à partir des documents demandés à la famille dans la fiche des « documents à fournir ». - Elle prépare les documents à remettre au résident à l'entrée : livret d'accueil, contrat de séjours complété. - Elle crée le profil Netsoins du résident - Elle classe les documents administratifs dans une pochette cartonnée et utilisant les sous pochettes pour catégoriser les documents. Ajouter le dossier aux dossiers suspendus - Elle crée les dossiers suspendus (dossiers résidents dans bureau de l'adjointe de direction) - Elle affiche une note d'information à l'accueil pour prévenir de l'arrivée du nouveau résident. Médical - Information des deux équipes de l'arrivée d'un nouveau résident par les cadres de santé ou le médecin, d'après les informations reçues lors de la visite de préadmission. - Réception des ordonnances de traitement à transmettre à la pharmacie - Vérification du suivi par un médecin traitant. Affectation d'un médecin traitant dans le cas contraire. - Le cadre de santé devra s'assurer que le classeur de soins est disponible et prérempli avant la date d'admission du résident - Présentation du résident par la cadre de santé et/ou le psychologue au équipes médicales lors des transmissions avec les informations recueillies lors de la visite de pré-admission. Hôtellerie - La gouvernante s'assure du bon état de la chambre (propreté, fonctionnalités, mobilier...). Si besoin elle informe le service technique de la nécessité d'intervention. - Elle avertit le service de restauration de l'arrivée du nouveau résident ainsi que des particularités liées à l'alimentation (choix de petit-déjeuner, texture, régime, allergies...) - Elle crée l'écriteau sur la porte du résident avec son nom		Écart 16 : Un médecin traitant est affecté au résident, s'il n'en a pas à son admission ce qui contrevient au droit du libre choix de son médecin traitant (Référence : article L1110-8 du CSP et article L311-3, 1° du CASF). Écart 17 : La procédure d'admission ne prévoit pas que le médecin coordonnateur donne son avis au moment de l'admission conformément aux dispositions de l'article D312-158 2° CASF (missions du MedCo)

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Si le résident souhaite que son linge soit marqué par l'établissement, avertir les lingères de l'arrivée du nouveau résident pour préparer les étiquettes correspondantes. L'établissement ne transmet pas d'accord du résident ou de son représentant légal à l'attribution d'un médecin traitant lors de son arrivée. 2) Le jour de l'admission L'agent d'accueil - L'agent d'accueil accueille le nouveau résident et sa famille et prévient l'infirmière de l'étage pour qu'elle vienne à sa rencontre. L'agent d'accueil prévient ensuite le médecin coordonnateur, le cadre de santé et l'adjointe de direction. - L'agent d'accueil explique la procédure pour le linge du résident. L'infirmier - L'infirmier accompagne le nouveau résident dans sa chambre et lui présente son environnement (étage, présentation de l'équipe, appel-malade...). - Il demande à un soignant de l'étage de ranger les affaires du résident dans les placards de la chambre. - Il récupère auprès des ambulanciers, de la famille ou du résident lui-même l'ensemble des documents médicaux (ordonnances, dossier, carte vitale, mutuelle...) et les range à l'infirmierie dans le dossier de soins nominatif. - La carte vitale et la carte de mutuelle devront être transmises le jour-même à l'accueil. - L'infirmier s'assure que le traitement médical a été livré par la pharmacie. - Il crée, avec l'aide des soignants, le plan de soins personnalisé et le retranscrit dans Netsoins. La gouvernante et les ASH - La gouvernante et les hôtelières se présentent auprès du nouveau résident et l'informent, ainsi que ses proches, de la gestion du linge dans l'établissement, de l'heure des repas et de toutes informations utiles et pratique au bon déroulement du séjour. - Veiller à ce que le plan de table soit modifié et que le prestataire de cuisine soit prévenu de l'arrivée du résident. L'adjointe de direction - L'adjointe de direction reçoit le résident et son entourage pour la signature du contrat et la remise des documents d'entrée (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, charte des personnes accueillies, fiche de prestation complémentaires, autorisation de prélèvement, dépôt de garantie) - Elle transmet les documents médicaux aux infirmiers si besoins - Elle remet la carte vitale et la mutuelle à l'accueil - Elle ajoute les documents sur Netsoins - Elle transmettre les documents de prélèvement au comptable 3) Dans les premières semaines	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'ensemble de l'équipe devra rencontrer le nouveau résident : - La psychologue - La psychomotricienne - L'animatrice. Le projet d'accompagnement personnalisé devra être initié et un référent soignant nommé. Une visite du médecin traitant sera organisée à l'initiative des infirmiers. Le médecin coordonnateur détermine le GIR du nouveau résident L'adjointe de direction transmet le GIR à l'entourage. Cette procédure ne prévoit pas que le l'avis du médecin coordinateur au moment de l'admission.	
3.2.1.2	<u>Évaluation à l'admission</u> Le projet d'accompagnement personnalisé prévoit les évaluations suivantes : autonomie, mobilisation, autonomie lors des repas, bilan des chutes, bilan de fugues éventuelles (fiche de signalement), document de prescriptions de contention, document de prescription de compléments alimentaires, constantes, poids du mois en cours, taille. <u>Le PAP</u> Il y a une AS référente d'après le protocole PAP (projet d'accueil personnalisé) transmis par l'établissement. Il est indiqué dans le questionnaire sur l'organisation de la prise en charge qu'il y a 32 référents soignants. Chaque référent accompagne entre 2 et 6 résidents. Le PAP est élaboré par un cadre de santé ou IDE. La cadre de santé contrôle les dossiers pour mise à jour par les IDE (douleurs/contentions/ régime/compléments alimentaires/pesées) et rappelle aux professionnels les mises à jour à effectuer régulièrement. Un psychologue est chargé de recueillir les souhaits et les attentes du résident et effectue ou réévalue le MMSE (mini mental state examination) destiné à évaluer les fonctions cognitives et la capacité mnésique d'une personne, s'il n'a pas été fait t depuis 2 ans). Il les formalise dans le document de préparation. Le psychologue procède à un entretien avec le résident afin de l'informer sur la tenue de la synthèse en vue d'élaborer ou réviser son projet personnalisé, de rechercher son adhésion pour lui permettre d'être acteur de son projet (ou si refus recueillir les raisons de son refus), de recueillir son vécu (adaptation de la vie en collectivité, problématiques rencontrées, difficulté à vivre avec la dépendance), de recueillir ses	
3.1.3.3		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	demandes, ses souhaits, attentes ou propositions concernant sa vie au sein de l'EHPAD, son ressenti sur son adaptation au sein de l'établissement, ses ressentis sur la vie en collectivité, son vécu de la pathologie et de l'informer des objectifs du projet (après les avoir établis en équipe). Concernant l'évolution du PAP, une synthèse par résident est effectuée tous les ans. Le psychologue tient à jour le rétro planning concernant les dates de suivi. L'objectif est que chaque résident ait un projet personnalisé. En cas de besoin un PP exceptionnel sera programmé en plus du PP annuel (changement important dans l'état de santé du résident) <u>La Commission de Coordination Gériatrique</u>	
3.1.4.4	D'après le RAMA, il existe une commission de coordination gériatrique depuis 2000 qui se réunit une fois par an. L'établissement n'a remis aucun élément attestant de la tenue d'une commission (aucun ordre du jour...).	<u>Écart 18 :</u> Il n'y a pas d'éléments prouvant la tenue d'une commission de coordination gériatrique l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles
3.1.4.5	<u>Modalités d'intervention des professionnels médicaux</u> 16 médecins libéraux interviennent dans l'EHPAD en qualité de médecin traitant et suivent 118 résidents.	
2.5.4.3	<u>Les systèmes d'appel pour les résidents</u> L'établissement a transmis les éléments suivants dans le questionnaire sur l'organisation de la prise en charge : « Nous utilisons le logiciel de traçabilité Mercury. Chaque résident se voit attribuer un bracelet alarme dont le report se fait sur le logiciel et les DECT des soignants. Voici les éléments que nous pouvons extraire depuis le logiciel : • N° de la chambre qui procède à l'appel • Heure de l'appel • Temps d'attente pour acquittement de l'appel Nous envisageons d'acquérir un matériel plus sophistiqué pour 2025 car les DECT sont fragiles et onéreux ».	
3.3.3.1	<u>Intervention des bénévoles</u>	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'établissement a fourni un modèle de convention bénévolat avec les mentions suivantes : -Article 1. Nature de l'activité bénévole ; -Article 2. Conditions de l'activité bénévole ; -Article 3. Gratuité de l'activité ; -Article 4. Couverture contre le risque d'accident ; -Article 5. Assurance « responsabilité civile » ; -Article 6. Confidentialité ; -Article 7. Résiliation de la convention.	

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.2.2.2 3.2.2.5	<u>Les droits du résident</u> Le livret d'accueil contient les droits et libertés de la personne accueillie : -espace équipé et personnalisé ; -repas adapté aux régimes alimentaires du résident ; -aides à la réalisation des gestes quotidiens (toilette, habillement, repas) ; -administrations des médicaments par des infirmiers ; -attribution d'un médecin traitant pour la surveillance de l'état de santé et la prescription des traitements ; -programme d'activités variées et régulières ; -entretien et distribution du linge ; -case à courriers à l'accueil accessible aux proches du résident ; -sécurité : bracelet-alarme et équipe de nuit ; -possibilité de demander une clé de la chambre ainsi que le wifi ; -service religieux assuré ; -différents lieux et cadres privilégiés afin d'exprimer les préférences et les avis : CVS, réunions de famille, commission des menus, commission des animations ; -prestations supplémentaires : coiffure, pédicure, soins esthétiques ; -possibilité de faire une réclamation ou signaler un dysfonctionnement dans l'établissement ; -enquête de satisfaction une fois par an. Le livret d'accueil, auquel est joint le règlement de fonctionnement et la charte des droits et libertés de la personne accueillie, renseigne le résident sur certains de ses droits et éléments de sa prise en charge notamment :	Écart 19 : Le contrat de séjour ne contient pas d'annexe relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir (Référence : Article L311-4-1 du CASF)

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	-L'individualisation de sa prise en charge avec l'élaboration du PAP et le détail du fonctionnement de la structure (distribution des médicaments par les IDE, le rôle du médecin traitant, l'aide à la réalisation des gestes quotidiens) -Le fonctionnement de l'appel malade et la possibilité d'appeler du personnel autant de jour que de nuit -Les lieux et organisation d'expression dans l'EHPAD : CVS, réunions de famille, commission des menus, commission des animations mais aussi l'enquête de satisfaction annuelle -Les prestations complémentaires disponibles Le contrat de séjour présente les droits et les obligations réciproques de l'Etablissement et du Résident : -les directives anticipées du résident ; -un projet d'accompagnement personnalisé à destination du résident élaboré par l'équipe médico-sociale de l'Etablissement ; -obligations financières du résident (frais liés à l'hébergement, frais liés à la dépendance, frais liés aux soins, dépôt de garantie, paiement facture mensuelle...) ; -prise en charge par l'établissement dans le cadre du forfait soins le coût des dispositifs médicaux (liste fixée par arrêté du 30 mai 2008) ; -droit résiliation à l'initiative de l'établissement (inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil de l'Etablissement, manquement grave au règlement de fonctionnement.) ou du résident (droit de rétractation dans le délai de 15 jours) ; -en cas de contentieux : droit de saisine de la personne qualifiée (l'article L.311-5 du Code de l'action sociale et des familles, saisine du médiateur à la consommation (Articles du code de la consommation L.611-1 et suivants et R.612-1 et suivants du Code de la consommation, saisine du Défenseur des droits (les coordonnées du Défenseur sont disponibles auprès de l'accueil de l'établissement). Le contrat de séjour détaille certains droits du résident : la saisine de la personne qualifiée, du médiateur à la consommation et du Défenseur des droits, le traitement des données de la personne accueillie, le consentement au contrôle de l'espace privatif du Résident en cas d'inspection de l'établissement, le droit à l'image, la désignation d'un référent entourage et de la personne de confiance ainsi que les informations relatives aux directives anticipées. Le contrat de séjour ne renseigne pas le résident sur le libre choix du médecin traitant et ne contient pas une annexe relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir. Cf supra écart 3	
3.2.3.1	Procédure relative aux contentions Un protocole « gestion et prise en charge de la contention » a été transmis par l'établissement, il est en date 13 juin 2024.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le protocole précise que la contention doit toujours faire l'objet d'une prescription médicale, qu'elle est préalablement étudiée par un groupe pluridisciplinaire, et que hors urgence aucune contention ne peut être mise en place sans que le résident ne soit informé et consenti à sa mise en place ou que sa personne de confiance/famille/proches n'ait été mis au courant. La procédure expose également les risques de la contention, la recherche de solution alternative et le déroulé de la mise en place d'une contention : REFERENTIEL DE PRATIQUE POUR LA CONTENTION Critère 1 : la contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient (Net Soins) et sur les fiches de prescription et de traitement ; Critère 2 : la prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire ; Critère 3 : une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient ; Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique ; Critère 4 : la personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés ; Critère 5 : le matériel de contention sélectionné est approprié aux besoins du patient ; Critère 6 : l'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité ; Critère 7 : selon son état de santé, la personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent ou dès que possible ; Critère 8 : des activités, selon son état, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique ; Critère 9 : une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention est réalisée au moins toutes les semaines et retranscrite dans le dossier du résident ; Critère 10 : la contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures La prescription précise l'évaluation faite, la durée et le matériel utilisé. Elle est enregistrée dans le logiciel de soin. Une réévaluation est faite systématiquement en réunion pluridisciplinaire ou en cas d'évolution de la situation et les dates de réévaluation sont prédéterminées. Les contentions sont bien comptabilisées dans le RAMA.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.8.2.9	Convention EHPAD/Officine et circuit du médicament Il existe une convention entre l'établissement et l'officine pharmacie [REDACTED] qui prévoit notamment que l'établissement adresse à l'officine dans le respect de la confidentialité les prescriptions médicales aux modalités suivantes : -Par liaison internet sécurisé, en utilisant le système d'interface sécurisé compatible avec le dossier médical informatisé [REDACTED] de l'EHPAD ; -Ou/et par télécopie dans l'hypothèse où les prescriptions médicales sont détenues par l'établissement sous forme papier (Logiciel [REDACTED] non opérationnel, défaillance du réseau informatique sécurisé et dédié). Dans ce cas, les originaux doivent être présentés lors de la livraison pour application des mentions réglementaires ; -Et/ ou par mail sécurisé. Il est aussi précisé que la Pharmacie s'engage à réceptionner les ordonnances des résidents aux heures d'ouverture de la pharmacie et a désigné un personnel dédié spécialement formé aux problématiques des EHPAD. De même, l'EHPAD s'engage à mettre en place au minimum un cahier de liaison pour répondre aux obligations de suivis réguliers et d'intervention de proximité de la pharmacie officine conformément aux dispositions du CSP. Concernant le circuit du médicament, une procédure de l'organisation en datant d'octobre 2023 a été transmise et s'articule autour de 8 étapes : L'établissement a transmis une procédure relative au circuit du médicament propre à l'établissement en date d'octobre 2023. La procédure s'organise autour de sept étapes : la prescription, la préparation, le transport, la détention et le stockage, l'information du patient, l'administration et la traçabilité ainsi que la surveillance. La procédure précise que la prescription est l'activité du médecin et doit être faite, de préférence, sur le logiciel de soin de l'établissement. Les prescriptions manuscrites doivent être lisibles, complètes et conformes à la législation en vigueur. La fréquence de réévaluation est tracée et la pharmacie établit chaque trimestre une liste des résidents dont le traitement est à renouveler. L'officine avec laquelle l'EHPAD a passé sa convention s'occupe de préparer les médicaments.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les livraisons des médicaments ont lieu 4 jours fixes en semaine, une IDE assure la récupération des stocks. En cas de livraison de stupéfiants, le pharmacien signe avec l'IDE une fiche dédiée pour tracer la réception. Pour le stockage des médicaments, la procédure renvoie à des annexes qui n'ont pas été transmises pour les médicaments thermosensibles et l'oxygène. Pour les stupéfiants, ils sont rangés dans un coffre à toxique dédié. En dehors de ces cas, les médicaments sont stockés dans des chariots dédiés dans les postes de soins fermés par code, connu des IDE, de l'établissement. Les IDE doivent vérifier systématiquement les déroulés et une photo du résident figure sur sa boîte personnelle pour l'identitovigilance. La procédure précise que les modalités de préparation du chariot à médicament pour la distribution. Il est également dit que l'administration des médicaments est faite par l'IDE ou l'AS/AMP formée (en dehors des médicaments non-déléguables et sous la responsabilité de l'IDE s'il s'agit d'un AVQ) et « qu'aucune délégation au personnel non-soignant n'est autorisée ». L'IDE est responsable de la traçabilité de l'administration des médicaments même en cas de délégation après retour des AS/AMP. Tout accident ou refus de prise doit être tracé. Enfin, la procédure précise que toute erreur dans la préparation des médicaments doit-être signalée à la pharmacie et qu'une auto-évaluation annuelle avec la pharmacie doit être faite.	
3.8.2.22	Délégation d'administration des médicaments par l'IDE L'établissement a transmis une « Procédure de délégation administration des médicaments IDE- AS » propre à l'établissement en date du 11 février 2024. Elle définit les modalités d'aide à la prise de médicaments par les AS en collaboration avec les IDE et encadre le mode « ajusté » d'organisation des soins infirmiers au sein de l'EHPAD en cas d'absence ou de nombre insuffisant d'IDE en poste. Cette procédure est organisée de la façon suivante : -Champ d'application avec une liste exhaustive (Formes orales (si dose préparée par IDE, patchs dans le respect des bonnes pratiques, collyres réguliers : après formation binôme IDE/AS...); -Description technique de l'aide à la prise comprenant les règles générales (Ne pas retirer les médicaments de leurs blisters portant mention de l'identité du résident, du numéro de chambre, de l'heure de prise et du contenu du traitement, ne pas déposer les médicaments en chambre ou salle à manger en l'absence du résident, vérification visuelle de l'AS que la prise est effective est obligatoire, les médicaments doivent être écrasés par l'IDE, tous les médicaments préparés et vérifiés doivent être	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	mis dans un contenant identifié avec l'identité du résident, l'AS doit avoir connaissance du livret d'utilisation des médicaments et doit le consulter si nécessaire, détecter toute manifestation anormale liée à cette prise médicamenteuse, transmettre le soin et signaler tout problème : traçabilité dans [REDACTED] et retour oral à l'IDE qui a délégué l'acte d'aide à la prise médicamenteuse) ; -Organisation et mode opérationnel de la délégation (Le cadre de santé et le médecin Coordonnateur doivent paramétrer un acte AS « Aide à la prise des médicaments » dans [REDACTED] chaque heure de prise pour laquelle des médicaments doivent faire l'objet d'une aide à la prise (plans de soins IDE et AS). Le contrôle IDE est obligatoire en amont de toute délégation d'aide à la prise. L'AS/ASG administre uniquement les médicaments : Toute aide à la prise doit être tracée dans le plan de soin AS et IDE avec inscription des éventuels problèmes ou difficultés rencontrés. [REDACTED] ; -Rappel des bonnes pratiques en fonction des types de médicaments (Gélules, comprimés secs : à faire avaler avec un grand verre d'eau, comprimés orodispersibles : laisser fondre dans la bouche ou dans un verre d'eau...) ; -Une déclaration des erreurs médicamenteuses et une évaluation de la délégation en 3 temps : Immédiatement et dans les suites de la délégation (Dans le cadre de la phase de contrôle post délégation, que l'IDE doit opérer avec l'AS à qui elle a délégué une partie de sa mission. (Traçabilité orale + écrite ([REDACTED])), a posteriori, tous les 3 mois, lors des transmissions entre IDE, lors de la commission PECM pluridisciplinaire, qui se réunie pour évaluer et faire évoluer les pratiques de prise en charge et de sécurisation du circuit médicamenteux. Traçabilité dans le PV de la commission. Périodicité prévue : Bi annuelle. (Instance en cours de mise en place 2-2024).	
3.8.2.24	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur Il existe un protocole de dépistage et de lutte contre la douleur appelé « PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR » rédigé par le MEDCO le 10 janvier 2024. Ce protocole présente : -Son objectif : Améliorer la prise en charge de la douleur en évaluant ses caractéristiques et son intensité pour mettre en place les actions adaptées afin de soulager le résident ; -Une définition de la douleur : expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, aigue, provoquée par certains soins ou examens ou chronique ; -La prise en charge de la douleur en 5 étapes : repérage-dépistage de la douleur, évaluation de niveau douloureux, localisation-irradiation, déterminer le mécanisme de la douleur, prise en charge thérapeutique.	Écart 20 : Le protocole de lutte contre la douleur ne permet pas à la mission de s'assurer qu'il y a une évaluation régulière de la douleur et à minima une fois par an par résident, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° et 3° du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.8.2.25	-Les modalités d'évaluation : par le biais d'un entretien avec le résident sur la localisation de la douleur, son mode d'apparition, l'horaire d'apparition, la nature (piqure, brûlure...), la prise de traitements antérieurs et les effets, les facteurs aggravants ou déclenchants et la consignation dans les transmissions ou observations médicales les informations obtenues après avoir alerté l'IDE et/ ou le médecin ; -Les outils d'évaluations : plusieurs outils d'évaluation à adapter en fonction du résident (l'échelle numérique ou « EN » ou l'échelle verbale simple ou « EVS » l'échelle Algoplus ou l'échelle Doloplus et pour les résidents présentant des troubles de communication verbale ; -Un dispositif de suivi et de traçabilité : effectuer une transmission ciblée « Douleur » avec les actions mises en place et les résultats constatés afin d'assurer la continuité ou l'ajustement des moyens antalgiques sur le logiciel [REDACTED] Il n'est pas indiqué si l'évaluation de la douleur s'effectue par an et pour chaque résident. <u>Protocole soins palliatifs et fin de vie</u> Un protocole d'accompagnement en fin de vie daté du 12 mars 2024 a été fourni et se décline en 3 parties / -1) Prise en charge de la douleur : -Utilisation des échelles d'hétéro-évaluation ; -Observation des 5 stades que traverse la personne en fin de vie : le refus, la colère, le marchandage, la dépression, l'acceptation ; -Proposition d'un soutien au résident (psychologue, un homme de foi, équipe mobile de soins palliatifs ayant passé une convention avec l'établissement), sans oublier la famille ; - Aider le résident à partir sereinement en lui permettant d'effectuer les derniers arrangements administratifs (voir un notaire, assistante sociale...); 2) Soins du corps : -Etablir une démarche de soins adaptée aux habitudes, sentiments, valeurs et croyance de la personne ; -Réflexion avec le médecin pour la mise en place d'un traitement antalgique avant un soin douloureux ; - Maintenir une bouche propre est primordiale par des soins de bouche après chaque repas. 3) Alimentation : -Respecter les goûts et choix alimentaires du résident avec la mise en place une fiche de goût, un fractionnement des repas si le résident mange en petite quantité ; -Eliminer toute cause anxiogène en créant une atmosphère paisible, en rassurant le résident et favoriser la participation de la famille ; - Troubles du comportement : éliminer une cause organique : iatrogénie, métastases, fécalome, rétention urinaire et traiter les causes.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le RAMA évoque l'existence d'un protocole de fin de vie dans un rubrique « Autres bonnes pratiques ».	
3.4.3.9	<u>Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel</u> Au vu des documents transmis par l'établissement, seulement ● résidents ont des pesées et IMC renseignés. La mission ne peut donc déterminer si tous les résidents sont pesés mensuellement et si le suivi nutritionnel des résidents est assuré dans l'EHPAD ».	<u>Écart 21:</u> Au vu des documents transmis, la mission ne peut déterminer si les résidents sont pesés mensuellement et si un suivi de l'état nutritionnel est en place dans l'établissement, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
4.2.1.2	L'établissement a transmis une liste de professionnels intervenant dans l'EHPAD : -7 kinésithérapeutes qui suivent la majorité des résidents (78 résidents) -3 qui suivent 7 résidents.	

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

- Écart 1 :
L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité, ce qui contrevient aux articles L311-8 du CASF, D311-38 du CASF, D312-160 CASF, R314-88 1° du CASF.
11
- Écart 2 :
Le plan bleu de l'établissement n'est pas conforme à la réglementation. ne comporte pas certains documents et procédures obligatoires et n'est pas conforme à la réglementation. (Référence : Instruction interministérielle N° DGSS/SS2/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))
13
- Écart 3 :
En l'absence de médecin coordonnateur, l'établissement ne peut assurer les missions de coordination prévues à l'article D.312-158 du CFAS.
15
51/59

Écart 4 :	Le CVS ne s'est pas réuni 3 fois en 2023, ce qui contrevient à l'article D.311-16 du CASF	16
Écart 5 :	En ne présentant pas les événements indésirables et les mesures correctrices mises en place au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF	17
Écart 6 :	Aucun plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) n'a été transmis à la mission (référence : Article L312-8 du CASF).	18
Écart 7 :	Il n'existe pas de politique formalisée sur la bientraitance et la lutte contre la maltraitance, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.	19
Écart 8 :	L'établissement ne dispose pas de procédure particulière en cas de harcèlement moral et sexuel, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF car la sécurité de l'usager n'est pas assurée	20
Écart 9 :	L'établissement ne dispose de procédures concernant les cas d'agressions et leurs signalements aux autorités, ce qui contrevient aux articles 331-8 du CASF	20
Écart 10 :	L'établissement ne déclare pas aux autorités compétences les EIG conformément aux articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016 (déclaration EIG/EIGS à l'autorité R1413-67 à 70 CSP (déclaration et suivi des EIGS).	23
Écart 11 :	La composition de l'équipe soignante n'est pas conforme à l'article D.312-155-0 II du CASF.	25
Écart 12 :	En ayant recours de manière importante aux personnels en GDD, la direction de l'établissement ne pourvoit pas de manière durable et permanente certains postes de soignants, ce qui est de nature à remettre en cause la sécurité de la prise en charge des résidents (Article L.311-3 3° du CASF).	28
Écart 13 :	Le manque d'informations concernant la formation lutte contre la maltraitance, ne permettent pas de conclure à une bonne sensibilisation de l'ensemble des professionnels à ces thématiques, ce qui contrevient à l'article L313-12-3 du CASF	33
Écart 14 :	L'établissement a fonctionné avec un nombre insuffisant d'aides-soignants diplômés 4 journées en juin 2024 et sans aides-soignants diplômés 7 nuits en juin 2024, ce qui est de nature à remettre en cause la sécurité de la prise en charge des résidents (Article L.311-3 3° du CASF).	36
Écart 15 :	Les AS, AES (ex AMP), AVS et agents hôteliers exercent les mêmes missions en journée et la nuit alors que ces personnels ne disposent pas des mêmes qualifications, ce qui constitue un glissement de tâches (Articles L451 (Articles L451-1 du CASF et L311-3, 1° du CASF).	38
Écart 16 :	Un médecin traitant est affecté au résident, s'il n'en a pas à son admission ce qui contrevient au droit du libre choix de son médecin traitant (Référence : article L1110-8 du CSP et article L311-3, 1° du CASF).	40
Écart 17 :	La procédure d'admission ne prévoit pas que le médecin coordonnateur donne son avis au moment de l'admission conformément aux dispositions de l'article D312-158 2° CASF (missions du MedCo)	40
Écart 18 :	Il n'y a pas d'éléments prouvant la tenue d'une commission de coordination gériatrique l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles	43
Écart 19 :	Le contrat de séjour ne contient pas d'annexe relative aux mesures d'exercice de la liberté d'aller et venir (Référence : Article L311-4-1 du CASF)	44
Écart 20 :	Le protocole de lutte contre la douleur ne permet pas à la mission de s'assurer qu'il y a une évaluation régulière de la douleur et à minima une fois par an par résident, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° et 3° du CASF.	49
Écart 21 :	Au vu des documents transmis, la mission ne peut déterminer si les résidents sont pesés mensuellement et si un suivi de l'état nutritionnel est en place dans l'établissement, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.	51

Remarques

Remarque 1 :	Tous les ETP ne sont pas inscrits dans l'organigramme	13
Remarque 2 :	L'ordre du jour n'est pas précisé dans le compte rendu du CVS.	16
Remarque 3 :	La mission ne peut s'assurer que le contenu du règlement de fonctionnement a été validé par le CVS.	16
Remarque 4 :	Le livret d'accueil ne mentionne pas la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.	18
Remarque 5 :	Dans le registre EI/ réclamations, la distinction n'est pas faite entre les EI EIG et les réclamations.	22
Remarque 6 :	Le bilan à mi-parcours d'inscription dans une démarche de gestion et de suivi des événements indésirables, évoqué au CPOM, n'a pas été transmis à la mission.	22
Remarque 7 :	L'établissement n'a pas fourni de justificatif de mise en œuvre d'une démarche de gestion, suivi et d'analyse des EI.	23
Remarque 8 :	L'établissement n'a transmis aucun RETEX malgré la classification de certains EI comme étant « grave ».	24
Remarque 9 :	Le personnel en CDD manque de stabilité, ce qui est de nature à contrevenir à la sécurité des résidents.	31
Remarque 10 :	L'absentéisme de longue durée du personnel est récurrent.	31
Remarque 11 :	Les plans de développement des compétences ne comportent pas de formations relatives aux événements indésirables	33
Remarque 12 :	Les plannings manquent de clarté.	35
Remarque 13 :	Les conduites à tenir, la marge d'initiative et les limites en cas d'événement inattendu ne sont pas mentionnées dans les frises organisationnelles.	37

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD Sainte Monique, géré par l'association Notre Dame du Bon Secours a été réalisé le 5 juillet 2024 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission de contrôle a relevé les principaux dysfonctionnements suivants :

- L'absence de médecin coordinateur à la date du contrôle,
- La non-conformité de l'équipe soignante,
- Le glissement des tâches des AS, AES, AVS vers les agents hôteliers,
- Le recours important à des personnels en CDD et la constatation d'un taux d'absentéisme important, qui interroge sur la sécurité et la prise en charge des résidents,
- L'absence d'un plan qualité et d'une politique formalisée sur la bientraitance et lutte contre la maltraitance,
- La non-déclaration des EIG aux autorités de tutelle,
- La dénutrition d'une grande partie des résidents (42%),
- L'absence d'évaluation régulière de la douleur.

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

Paris, le

27 JAN. 2025

Madame Florence PEKAR
Coordinatrice de la mission
Chargée des ESMS parisiens
Sous-direction de l'Autonomie
Direction des Solidarités



Madame Dalhia ELENGA
Inspectrice de l'Action sanitaire et sociale
Délégation Départementale de Paris
ARS-Ile-de-France
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 : 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
PAP : Projet d'accueil personnalisé
PP : projet personnalisé
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 : Madame Florence PEKAR

Madame Florence PEKAR, coordinatrice de la mission de contrôle chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie Direction des solidarités, Ville de Paris

Madame Dalila ELENGA, inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation départementale de Paris, ARS Île-de-France

Docteur Anne SIMONDOU, conseillère médicale, Délégation départementale de Paris ARS Île-de-France

Saint-Denis, le 5 juillet 2024

Mesdames,

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

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

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur pièces de l'EHPAD Sainte-Monique (FINESS géographique 750800567) situé au 66 rue des plantes 75014 Paris géré par l'Association Notre Dame de Bon Secours qui sera mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

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

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

11 rue St. Landy
93200 St. Denis
Tél : 01 41 02 50 00
délégation ars paris

94 rue Louis de la Harpe
75017 Paris
Tél : 01 43 47 27 27
paris 6

- Madame Florence PEKAR, coordinatrice de la mission de contrôle sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;

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

- Madame Dalila ELENGA, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris ;
- Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;

Le contrôle, sur pièces, sera réalisé à compter du 5 juillet 2024. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. La mission pourra s'adjuger les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

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

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

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

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris



Pour le Maire de Paris et par délégation



Delphine CAZOR

Adjointe à la sous-directrice de l'Autonomie

Annexe 2 : Liste des documents demandés

Q1	1	Liste nominative des résidents admis à la date du contrôle avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance, leur date d'entrée, la date du dernier PAI, le bénéfice éventuel de l'aide sociale, le type de la protection juridique éventuelle (Excel)
Q1	2	Grilles de suivi du nombre de journées réalisées pour chaque activité (PASA et UHR) pour l'année N-1 et le jour du contrôle
Q2	3	Règlement de fonctionnement
Q2	4	Plan des locaux de l'établissement
Q2	5	Projet d'établissement
Q2	6	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)
Q2	7	Organigramme comportant les noms et temps de travail des personnels (Excel si possible)
Q2	8	Diplôme du directeur de l'EHPAD
Q2	9	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD
Q2	10	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD
Q2	11	Procédures et/ou convention d'astreinte
Q2	12	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois + légende (Excel)
Q2	13	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD
Q2	14	IDEC : Contrat de travail, Fiche de poste ou feuille de route, Diplôme d'IDE et de Cadre de santé, Inscription à l'ordre des infirmiers
Q2	15	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, le dernier bulletin de salaire
Q3	16	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS
Q3	17	Les comptes rendus des CVS N et N-1
Q4	18	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation
Q4	19	Dernière évaluation externe
Q4	20	Dernière évaluation interne
Q4	21	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2
Q4	22	La procédure portant sur les situations de violences ou de harcèlements sexuels dans l'établissement
Q4	23	La procédure portant sur les signalements en cas d'agression et de maltraitance dans l'établissement
Q5	24	Registre des plaintes et réclamations
Q5	25	Les trois dernières réclamations et leur traitement
Q5	26	Procédure de gestion des événements indésirables et événements indésirables graves
Q5	27	Liste des EI et EIG des années N-1 et N
Q5	28	Liste des signalements au Procureur de la République des années N-1 et N
Q5	29	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les trois derniers EIG
Q6	30	Registre du personnel N-1 & N-2 comportant les indications sur les ETP (Excel)
Q6	31	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir + ETP (Excel)
Q6	32	Tableau avec les noms et la date d'obtention des diplômes des IDE et AS de l'établissement (Excel)
Q6	33	Plan de développement des compétences (formation internes et externes) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1 (Excel si possible)
Q6	34	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)
Q6	35	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit + Légende (Excel)
Q6	36	Une fiche de tâches horaires, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AES (ou AMP), ASG, IDE

Q6	37	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie
Q7	38	Procédure d'admission des résidents
Q7	39	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)
Q7	40	Les 2 derniers CR de la commission de coordination gériatrique
Q7	41	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux
Q7	42	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (Excel disponible sur Collecte Pro)
Q7	43	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)
Q8	44	Livret d'accueil du résident
Q8	45	Contrat de séjour type et ses annexes
Q8	46	Procédure relative aux contentions
Q8	47	RAMA
Q9	48	Convention pharmacie EHPAD (sauf PUI) et procédure du circuit du médicament
Q9	49	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS
Q9	50	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur
Q9	51	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie
Q9	52	La liste des intervenants paramédicaux libéraux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) avec leur identité, leur qualification, leur planning et le nombre de résidents pris en charge
Q10	53	Le fichier Excel contenant les éléments sur l'évaluation dont a bénéficié chaque résident présent dans la structure à la date du contrôle, le relevé annuel exhaustif des pesées et des IMC pour chaque résident présent dans la structure à la date du contrôle (Données médicales nominatives à transmettre par la plateforme BlueFiles)

**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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

ars
Agence Régionale de Santé
Ile-de-France

**VILLE DE
PARIS**

5 boulevard Diderot
75012 Paris Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

