

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

Antoine PORTAIL

Adresse 88 rue du Cherche-Midi

75006 PARIS

N° FINESS 750056368 - FINESS_GEO 750048332

RAPPORT DE CONTRÔLE

N° 2024_IDF_00019

Contrôle sur pièces du 19/07/2024

Mission conduite par

Pour sa composante Ville de Paris :

- Monsieur Frédéric MUSSO, coordonnateur de la mission de contrôle, sous-direction de l'Autonomie, Direction des Solidarités, désigné sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;

Pour sa composante Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France :

- Madame Dalhia ELENGA, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris ;
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, désigné personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP par la Délégation Départementale de Paris ;
- Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP par la 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 depositaires 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	16
Gestion de la qualité.....	18
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	23
Fonctions support.....	28
Gestion des ressources humaines	28
Prises en charge.....	44
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	44
Respect des droits des personnes	47
Soins.....	48
Relations avec l'extérieur.....	51
Coordination avec les autres secteurs.....	51
Récapitulatif des écarts et des remarques	52
Écarts	52
Remarques	54
Conclusion	56
Glossaire.....	58
Annexes	59
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	59
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	61

Synthèse

Données générales sur l'établissement

Nom	Antoine PORTAIL	Capacité hébergement permanent	70
Adresse	88 rue du Cherche-Midi	Places habilitées aide sociale	70
Arrondissement	75006	Présence d'une UVP	0
Gestionnaire	Association Monsieur Vincent	Places en UHR	0
Statut juridique	Privé non lucratif	Places en PASA	14

L'établissement a signé un CPOM en février 2018.

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 réalisé le 19 juillet 2024 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé le 19 juillet 2024.

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

GOUVERNANCE

1. Conformité aux conditions d'autorisation

L'établissement présente un très bon taux d'occupation respectant les proportions des GIR des résidents. Le PASA est ouvert et fonctionne conformément à son autorisation.

2. Management et Stratégie

L'établissement dispose d'un règlement de fonctionnement et d'un projet d'établissement. Ces documents sont complets et mettent en évidence le fonctionnement de l'établissement. Une équipe de direction est constituée et répond aux attentes réglementaires.

3. Animation et fonctionnement des instances

L'établissement a mis en place un CVS qui se réunit régulièrement et auquel sont présentés les points attendus.

4. Gestion de la qualité

L'établissement s'est doté d'un plan d'amélioration continue de la qualité qui est suivi régulièrement. Celui-ci est en lien avec l'évaluation de l'établissement. La bientraitance est promue au sein de l'établissement.

5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

L'établissement a mis en place un suivi des réclamations et recueille régulièrement l'avis des résidents et de leur famille.

FONCTIONS SUPPORT

1. Gestion des ressources humaines

L'établissement a un taux d'absentéisme et un taux de rotation du personnel bien inférieur à la moyenne. Le plan de développement des compétences propose une offre étendue de formations.

PRISE EN CHARGE

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

L'établissement dispose d'une procédure d'admission claire qui recherche le consentement du résident, et accompagne ce dernier par un suivi des projets personnalisés.

2. Respect des droits des personnes

Un livret d'accueil du résident présente l'établissement et l'ensemble des droits du résident.

3. Soins

L'établissement assure un suivi régulier de la dénutrition des résidents et dispose d'un protocole complet de prise en charge de la fin de vie.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission (23 écarts et 23 remarques) :

Ecarts majeurs :

- L'effectif d'IDE est insuffisant au regard des besoins de prise en charge en soins des résidents.
- La programmation de la présence d'une seule IDE chaque Week-end ne permet pas de garantir la sécurité des soins pour les personnes accompagnées.
- L'insuffisance régulière du nombre d'IDE présentes ne permet pas de garantir la sécurité et la qualité des soins aux résidents.
- L'insuffisance d'Aide-Soignant de nuit ne permet pas de garantir la sécurité et la qualité des soins aux résidents la nuit.
- Les conditions de fonctionnement de l'équipe soignante ne permettent pas de s'assurer qu'il n'existe pas de glissement de tâches au sein de l'équipe soignante.

Ecarts :

- Le plan bleu transmis n'est pas complet
- L'IDEC de l'établissement n'est pas inscrit à l'Ordre National des Infirmiers.
- La non convocation des membres du CVS avec précision de l'ordre du jour dans un délai de 15 jours.
- L'absence d'information relative à la représentation des personnes accompagnées et des familles au CVS ne permet pas de vérifier que les avis sont valablement émis.
- L'absence de désignation d'un secrétaire de CVS par et parmi les personnes accompagnées.
- Il n'y a pas de procédure spécifique aux situations de violence ou de harcèlements sexuels.
- L'établissement n'a pas fourni de procédure relative au traitement des situations de maltraitance à l'égard des résidents.
- L'établissement ne déclare pas systématiquement aux autorités administratives compétentes les dysfonctionnements graves.
- Une fois l'administration des médicaments réalisée par les AS, il n'est pas précisé qui assure la traçabilité (TITAN).
- Seuls les aides-soignants diplômés sont autorisés à distribuer les médicaments après avoir reçu une formation délivrée par l'infirmière.
- La réalisation de toilette par des AES ou AMP et non d'aide à la toilette de résidents.
- La réalisation de tâches relevant du domaine du soin par des professionnels non diplômés, non formés.
- Il n'est pas précisé les évaluations pratiquées en équipe pluridisciplinaire à l'entrée du résident.
- L'absence de suivi et de réévaluation des contentions.
- La liste des AS habilitées à l'administration des médicaments n'a pas été fournie.
- Le RAMA 2023 indique que seuls 61 résidents ont bénéficié d'une évaluation de la douleur.

Remarques :

- L'organigramme de l'établissement ne fait pas ressortir les liens hiérarchiques et fonctionnels.
- La présentation des EI et EIG sous forme de bilan annuel au CVS ne permet pas de s'assurer que les actions correctrices sont mises en œuvre et présentées.
- Une formation à la démarche qualité dispensée à l'ensemble des professionnels est annoncée en CVS et ne donne pas lieu à inscription dans le plan de développement des compétences.
- La procédure de gestion des EI/EIG ne mentionne pas l'obligation de signalement au procureur lorsqu'il s'agit d'une suspicion de maltraitance, de situations de violences, de harcèlements sexuels ou de situations d'agression.
- Le plan de développement des compétences 2024 et 2025 ne prévoient pas de formation sur la déclaration des EI/EIG contrairement à la mention du PACQ 2024.
- Des mauvais classements d'EI ont été constatés à la lecture de la liste des EI 2023-2024.
- Les documents communiqués ne permettent pas d'avoir une vision exacte de la situation RH de l'établissement.
- L'instabilité de l'équipe soignante ne favorise pas la prise en charge individualisée des résidents.
- L'établissement ne propose pas de formation au repérage de la maltraitance, la prise en charge de la douleur, aux troubles du comportement et aux troubles sensoriels.
- Aucun document n'a été communiqué à la Mission de contrôle permettant de s'assurer de la mise en œuvre des groupes d'analyses de pratiques professionnelles.
- La fiche de tâches heurées est commune pour les aides-soignants, les AES et les AMP.
- Tous les PAI n'ont pas été réévalués en 2023.
- Aucun bilan, ni analyse n'est rédigé dans le RAMA au sujet des contentions.
- La convention EHPAD – officine de 2017 n'est plus en cohérence avec la procédure pour le circuit du médicament de 19 juin 2024, notamment sur les livraisons.
- La procédure de dépistage et de lutte contre la douleur ne précise pas qu'en cas d'absence de douleur évoquée ou constatée, une évaluation par an sera réalisée.

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 et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD «Antoine PORTAIL», situé 88 rue du Cherche-Midi – 75006 Paris (N° FINESS Géographique : 750048332) dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

Le contrôle de cet établissement, diligenté à ce titre sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), 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

RELATION AVEC L'EXTERIEUR

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 19 juillet 2024, avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 19 juillet 2024. Un e-mail a été transmis à la direction le 19 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.gouv.fr/> qui a été utilisé pour la transmission des documents
 - o et de dépôt de documents (réponse au questionnaire, éléments probants)

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

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

La délégation départementale de l'ARS et 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

Situé au 88 de la rue du Cherche-Midi dans le 6^{ème} arrondissement de Paris, l'EHPAD «Antoine Portail» est géré par l'association Monsieur Vincent située 75 rue de Reuilly dans le 12^{ème} arrondissement de Paris.

Ouvert en février 2015, l'EHPAD «Antoine PORTAIL» dispose de 70 places en hébergement permanent, toutes habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Le 25 août 2015 le PASA ouvre à raison de deux jours par semaine, puis 5 jours par semaine à compte d'octobre 2015. Il reçoit ensuite un avis favorable pour une capacité de 14 places.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS du 29/09/2017, le GMP s'élève à [REDACTED] et le PMP à [REDACTED]. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en dessous des chiffres médians régionaux¹ susmentionnés.

Au 19 juillet 2024, l'établissement accueille 70 résidents répartis plus précisément comme suit (dont 2 ne disposent pas d'un GIR en raison de leur entrée dans les jours qui précèdent) :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD Antoine Portail 2024	[REDACTED] %	[REDACTED] %	[REDACTED] %	[REDACTED] %	[REDACTED] %
IDF ² 2021	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Le budget de fonctionnement est de 4 039 601 € en 2024, dont 482 429 € au titre de la dépendance et 1 453 484 € au titre du soin.

Le CPOM a été signé le 12 février 2018 pour la période 2018-2022, il a été prorogé d'un an en mars 2024. Ses principaux objectifs sont :

- Développer et maintenir une occupation optimale des places,
- Garantir la qualité et l'adaptation des soins,
- Assurer la sécurité des soins,
- Améliorer la qualité des soins aux personnes âgées dans le domaine des maladies neurodégénératives, en partageant et en renforçant l'expertise et le savoir-faire des EHPAD et des services,
- Développer une prise en charge non médicamenteuse pour accompagner les résidents présentant des troubles cognitifs associés à des troubles du comportement légers à modérés,
- Améliorer l'accès à l'hygiène et à la santé bucco-dentaire des résidents,
- Assurer la bonne qualité nutritionnelle, gustative et conviviale de la restauration,
- Assurer la formation continue des salariés et leur permettre de mettre à jour et/ou d'élargir leurs connaissances et compétences en lien avec les objectifs du projet d'établissement,
- Développer les missions bénévoles au sein des 3 établissements parisiens afin de renforcer et diversifier les liens sociaux, lutter contre l'isolement et mieux répondre aux objectifs des projets d'accompagnement personnalisés.

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	Antoine PORTAIL		
Nom de l'organisme gestionnaire	Association Monsieur VINCENT		
Numéro FINESS géographique	750048332		
Numéro FINESS juridique	750056368		
Statut juridique	Privé à but non lucratif		
Option tarifaire	Tarif partiel		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ³	70	70
	HT ⁴	0	0
	UVP ⁵	0	0
	PASA ⁶	14	12
	UHR ⁷	0	0
	UPHV ⁸	0	0
	AJ ⁹	0	0
	AN ¹⁰	0	0
	PFR ¹¹	0	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	70		

³ Hébergement permanent⁴ Hébergement temporaire⁵ Unité de vie protégée / unité protégée⁶ Pôle d'activité et de soins adaptés⁷ Unité d'hébergement renforcée⁸ Unité pour personnes âgées vieillissantes⁹ Accueil de jour¹⁰ Accueil de nuit¹¹ Plateformes d'accompagnement et de répit

Constats

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

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

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation Au jour du contrôle, l'établissement accueille 70 résidents soit un taux d'occupation de 100%.	
1.1.2.2	Projet spécifique L'établissement dispose d'un PASA ouvert de 10h à 17h et a également transmis un contrat type pour admission au PASA, un exemple de « Projet personnalisé de fréquentation du PASA » similaire à un projet personnalisé classique, le projet du PASA mis à jour en juin 2023 ainsi que le planning d'activités du PASA datant de décembre 2023. Le contrat type présente le PASA de l'établissement, les modalités d'admission au PASA et la nécessité d'un avis médical du médecin coordonnateur préalable et les modalités de sortie du PASA. Le projet du PASA reprend les modalités d'admission et de sortie du PASA et présente l'organisation générale avec la journée-type (accueil et ateliers le matin, repas entre 12h et 14h, activités thérapeutiques et goûter l'après-midi), les activités en place (réparties en fonction de leur objectif comme le maintien ou la réhabilitation des capacités fonctionnelles ou cognitives), les transmissions et le suivi de la situation dans le PASA par l'équipe dédiée en lien avec la coordinatrice PASA, le médecin coordonnateur et, une fois par semaine, le comité de direction. L'organisation du PASA est également faite en lien avec le projet d'animation et de soin de l'EHPAD. Le planning d'activité comprend des ateliers animés par des ASG, un psychologue ou un psychomotricien.	
1.1.3.1	Répartition des résidents en fonction du GIR D'après les éléments transmis par l'établissement : ● % des résidents sont de GIR 1 ou 2. - ● % des résidents sont de GIR 1 à 3. Ces proportions sont donc conformes à la réglementation.	

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	<u>Le règlement de fonctionnement</u> L'établissement a transmis un règlement de fonctionnement daté de février 2022. Il est précisé dans le règlement que celui-ci a été adopté par le Conseil d'Administration de l'organisme gestionnaire, après consultation du CVS et l'avis des instances représentatives du personnel. Il est remis à chaque personne accueillie dans l'établissement ou à son représentant légal.	
1.2.1.2	<u>Le contenu du règlement de fonctionnement</u> Le règlement de fonctionnement transmis porte sur les éléments suivants : - respect des droits des personnes prises en charge, - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - sûreté des personnes et des biens, - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer à travers l'accompagnement des résidents, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui. Le règlement de fonctionnement est donc conforme à la réglementation.	
1.2.1.4	<u>Le projet d'établissement</u> L'EHPAD a transmis un projet d'établissement couvrant la période 2024-2029. Le document mentionne la consultation du CVS et la validation du projet par l'organisme gestionnaire. Le projet d'établissement n'est pas signé.	Remarque 1 : Le projet d'établissement n'est pas signé par l'organisme gestionnaire.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Contenu du projet d'établissement Le projet d'établissement de l'EHPAD contient les éléments suivants : -Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement), -Présentation des enjeux et mission, -Caractéristiques des personnes accueillies, -Nature de l'offre de service et organisation, -Management de l'EHPAD, -Projet social et logistique, -Personnalisation des PVI, -Projet général de soins incluant la prise en charge médicamenteuse élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, -Bienveillance et prévention maltraitance, -Projet d'animation, -Perspectives d'évolution et de développement pour les résidents et le projet d'établissement, -Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs. 1.2.1.5	Le projet présente également, en annexe, le projet associatif de l'Association Monsieur Vincent et sa charte visant à respecter et être attentif aux besoins des résidents.	
Le plan bleu L'établissement a transmis un plan bleu mis à jour pour l'année 2024. Il comprend notamment le recensement des personnels, la composition de la cellule de crise, les plans de l'EHPAD, les procédures de gestion en cas d'infection respiratoire aigüe, les infections associées aux soins, en cas de légionelles, de toxi-infections alimentaires dans l'établissement, le plan de continuité et reprise de l'activité, une procédure dédiée à l'évacuation des résidents ainsi que des plans d'actions en cas de canicule ou de grand froid. Le plan bleu transmis n'est pas complet au regard des textes en vigueur car il ne dispose pas des procédures suivantes : - Procédure en cas de rupture de flux (électricité, eau potable, ...) en prenant en compte le DARDE, - Procédure de gestion des décès massifs, - Procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan 1.2.1.6		Écart 1 : Le plan bleu transmis par l'établissement n'est pas complet au regard des textes en vigueur (Référence : l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD))

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Directeur de l'établissement et organigramme de la structure	
1.2.2.1	Une directrice est en poste dans l'établissement depuis le 1^{er} juin 2017 à hauteur d'1 ETP. Elle dispose d'un contrat signé. L'établissement a transmis un organigramme comportant les noms ainsi que les ETP des personnels. Les liens hiérarchiques et fonctionnels ne sont pas traduits.	Remarque 2 : L'organigramme de l'établissement ne fait pas ressortir les liens hiérarchiques et fonctionnels.
1.2.2.6	Fiche de poste/Lettre de mission du directeur L'établissement a transmis une fiche de missions pour le poste de Directeur EHPAD, signée par la directrice en poste. Les missions principales indiquées sont : garantir la qualité de l'accompagnement des résidents, piloter la stratégie et les changements dans l'EHPAD, assurer des missions de management, de gestion des ressources humaines, de gestion opérationnelle et financière ainsi que du Système Informatique et la qualité.	
1.2.2.7	Diplômes du directeur La directrice en poste dispose d'un master d'économie et gestion spécialisé dans le management des organisations sanitaires et sociales. Elle dispose donc de qualifications compatibles avec son poste.	
1.2.2.8	Astreintes administratives Une procédure relative aux astreintes, en date du 28 novembre 2023, a été transmise par l'établissement. Elle détaille la durée et le déroulé d'une astreinte ainsi que la conduite à tenir pour plusieurs types d'événements (absence d'un professionnel, en cas de dysfonctionnement majeur, ...). La procédure renvoie également vers des documents annexes, utiles en astreinte comme les coordonnées des membres de la cellule de crise, de l'astreinte de la Direction Générale de l'organisme gestionnaire et des services à prévenir (ARS, Conseil Départemental, mairie, ...). Ont également été transmis les plannings d'astreinte d'avril, mai et juin 2024. Les astreintes sont assurées par la directrice, la responsable soin et le responsable hébergement. Les astreintes ont lieu du mardi au mardi.	
1.2.2.10	Délégation de pouvoirs Une délégation de pouvoir paraphée et signée par la directrice en poste a été transmise. La délégation concerne les missions suivantes :	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	-La conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement et/ou de service, -L'animation et la mise en œuvre du projet de vie et de soins, -L'administration générale de la structure et des services, -La gestion et l'administration des ressources humaines, -La sécurité des personnes se trouvant dans l'établissement, -La gestion budgétaire, financière et comptable, -La coordination avec les intervenants extérieurs, -La représentation de la structure et l'association. La directrice dispose également d'un pouvoir de subdélégation. Il est à noter que la délégation est datée du 18 janvier 2021 alors que la directrice a pris son poste le 1^{er} juin 2017.	
1.2.2.12	<u>Présence et qualifications de l'IDEC</u> Une IDEC est présente dans l'établissement à hauteur d'1 ETP. Le contrat original et l'avenant de promotion pour l'exercice d'Infirmier Coordonnateur sont signés et paraphés. Une fiche de poste, signée et paraphée, a été transmise. Le modèle date de 2015. Elle présente les missions du « Responsable soins » qui encadre l'équipe soignante, collabore avec l'équipe pluridisciplinaire et est l'intermédiaire des professionnels de santé. Les missions du responsable soins concernent la garantie de la qualité des soins et de la démarche de bientraitance afférente, la gestion des collaborateurs et leur accompagnement, la participation à la démarche d'amélioration de la qualité de l'établissement, l'accueil des résidents et la sécurité des personnes et des biens ainsi que la gestion des stocks. L'établissement a transmis une autorisation d'exercer la profession d'infirmière délivrée et visée par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Île-de-France en 2008, la traduction du diplôme d'origine obtenu dans un pays de l'Union Européenne en 2001 et une attestation de certification RNCP « Infirmière Coordinatrice en EPHAD » obtenu en 2023. Il a également été transmis une demande d'inscription à l'Ordre National des Infirmiers du 28 juin 2024.	Écart 2 : L'IDEC de l'établissement n'est pas inscrit à l'Ordre National des Infirmiers ce qui contrevient à l'article R.4311-52 du CSP.
1.2.2.14	<u>Présence et temps de travail du médecin-coordonnateur</u> Un médecin coordonnateur est présent dans l'EPHAD à hauteur de 0,6 ETP, ce qui est conforme à la réglementation au regard du nombre de places. Le contrat original et l'avenant ont été signés.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.2.15	<u>Qualifications du médecin-coordonnateur</u> Le médecin coordonnateur dispose d'un diplôme de docteur en médecine obtenu en 1981, d'un DIU de formation à la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD obtenu en 2021, d'une fiche de poste signée ainsi que d'une carte attestant de l'inscription à l'Ordre des médecins.	

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.3.3.1	Conseil de la vie sociale Les élections pour le renouvellement des membres du conseil de la vie sociale ont eu lieu le 06/07/2023. Le déroulement du scrutin et les résultats des élections ne sont pas détaillés dans le compte-rendu du CVS qui a suivi ces élections. Le Procès-verbal précisant les modalités et les résultats des élections n'a pas été transmis à la Mission de contrôle, celle-ci ne peut assurer que la composition du CVS est conforme. La première réunion du CVS à l'issue des élections s'est tenue le même jour, soit le 6 juillet 2023. L'établissement n'a pas respecté le délai de convocation des membres de 15 jours. L'établissement a transmis six comptes rendus du CVS : les 23/03 ; 06/07 ; 12/10 et 07/12 et 2 fois durant le 1^{er} semestre 2024 : 07/03 et 27/06. Celui-ci se réunit à un rythme de 4 réunions par an. Ce nombre est conforme à ce qui est annoncé dans le projet d'établissement. A la réunion du 06 juillet 2023, jour des élections, le règlement intérieur a été adopté et signé du président du CVS conformément à l'article D311-19. Il reprend les références réglementaires du CASF concernant la composition du CVS, son rôle, la durée du mandat des membres élus fixée à 3 ans, renouvelable, le déroulement des élections des personnes accompagnées, des familles, des professionnels et enfin du président et du vice-président du CVS. Au début de chaque relevé de décisions de CVS sont indiqués et précisés les noms et représentations des personnes présentes : - Président, - Résidents, - Familles, - Professionnels, - Médecin coordonnateur, - Cadre de santé, - Responsable hôtelier, - Représentants légaux et mandataires, - Congrégation des lazaristes, - Les petits frères des pauvres, - Directrice d'établissement et l'apprentie de direction, - Représentante de l'organisme gestionnaire, - Animatrice.	Écart 3 : La non-convocation des membres avec précision de l'ordre du jour dans un délai de 15 jours avant le CVS contrevient à l'article D 311-16 du CASF. Écart 4 : L'absence d'information relative à la représentation des personnes accompagnées et des familles au CVS ne permet pas de vérifier que les avis sont valablement émis et contrevient à l'article D311-17 du CASF. Écart 5 : L'absence de désignation d'un secrétaire de CVS par et parmi les personnes accompagnées contrevient à l'article D311-20 du CASF. Écart 6 : Les résultats des points soumis à vote des membres du CVS ne sont pas précisés dans les comptes rendus ce qui contrevient à l'article D311-17 du CASF.

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La présence ou l'absence des personnes à la séance est précisée dans le compte-rendu. Il n'est pas mentionné si les personnes sont élues (titulaires ou suppléantes) ou si ces personnes participent à l'instance à titre consultatif ou en qualité d'invité. Il n'est pas possible à la Mission de contrôle de s'assurer que la représentation des personnes accompagnées et des familles permet que leurs avis soient valablement émis. Il apparaît qu'à chaque CVS, la directrice d'établissement annonce la programmation de points qui seront abordés lors du prochain CVS, par exemple : enquêtes de satisfaction, bilan annuel des EIG, évaluation externe. La Mission de contrôle ne peut s'assurer que l'OJ est établi par le président du CVS et qu'il est communiqué 15 jours avant sa réunion. La présence de la directrice à titre consultatif n'est pas précisée dans le compte-rendu. Chaque relevé de conclusions de CVS est signé par le président du CVS et les différents rédacteurs : le directeur adjoint, la directrice d'établissement, ou l'apprentie de direction. En début de CVS, il n'est pas désigné un secrétaire de séance par et parmi les personnes accompagnées. Le compte-rendu de CVS est approuvé en début de séance du CVS suivant. Il est précisé que les relevés de conclusions des CVS sont communiqués aux participants et sur demandes des résidents et des familles et ils sont affichés sur le tableau dédié. Les sujets, tels que la restauration, le linge (pertes), l'accompagnement et vie sociale (animation : présentation des différentes activités réalisées en interne, en partenariat et propositions de sorties culturelles), l'entretien des locaux sont abordés à chaque CVS. D'autres sujets font l'objet d'informations portées par la Directrice d'Etablissement tels que : - Présentation du bilan des enquêtes de satisfaction, - Réactualisation du projet d'établissement, pour 5 ans de 2023/28, - Programmation de l'évaluation externe les 23 et 25 avril 2024, - Présentation du bilan annuel des EIG et réclamations, - Groupe de Travail « éthique » : espace d'échange (expression, réflexion) à destination des résidents, familles et des professionnels, animé par le médecin coordonnateur et le psychologue de la résidence, - Point éthique et bientraitance, - Info/ programmation Vaccinations, - Point coordination gériatrique, - Information relative à l'actualisation du plan bleu, - Divers : Projet de l'achat de médaillon appel malade, car certaines pièces sont dépourvues de ce système. A chaque séance de CVS des points sont soumis à l'avis des membres du CVS : - La mise en place d'un groupe éthique est-elle utile ?	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- La mise en place du pûage du linge est-elle réellement pertinente ? - Affichage du relevé de conclusion à l'accueil, panneau d'accueil ? - Pose de rails, - Plan action –enquête satisfaction 2022, - Bilan EI et réclamations (2023), - Les différentes sorties et interventions proposées par l'animatrice et le bénévole, - Le plan bleu. Dans chaque compte-rendu, il est noté que tous ces points ont reçu un avis favorable sans précision concernant la répartition du nombre de votants dans chaque collège. L'absence d'information relative à la représentation des personnes accompagnées et des familles ne permet pas de vérifier que les avis sont valablement émis. Information au CVS des EI et des dysfonctionnements Lors du CVS du 07/03/24, la Directrice de l'EHPAD a présenté un bilan des EIG (30) et réclamations (40) survenus en 2023. Il n'est pas précisé que ce bilan mentionne les actions correctrices mises en œuvre pour chaque EIG.	Remarque 3 : La présentation des EI et EIG sous forme de bilan annuel au CVS ne permet pas de s'assurer que les actions correctrices sont mises en œuvre et présentées.
1.3.3.2		

Gestion de la qualité

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) Le PACQ communiqué comprend plusieurs objectifs tels que : - <i>Prise en charge des résidents :</i> - Limiter les chutes des résidents et les rassurer, - S'améliorer sur la gestion de la dénutrition, - Limiter les déambulations dans les chambres des résidents, - S'améliorer sur l'accompagnement à la santé, l'accompagnement à l'autonomie, - <i>Soins :</i> - Limiter les risques liés au circuit du médicament : s'approprier la liste préférentielle des médicaments, s'améliorer sur le respect de la sécurisation du circuit du médicament par les professionnels,	Remarque 4 : Une formation à la démarche qualité dispensée à l'ensemble des professionnels est annoncée en CVS et ne donne pas lieu à inscription dans le plan de développement des compétences.
1.4.1.7		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Mettre en place une procédure de traitement du matériel de soins réutilisable, - Prévenir le risque lié à de mauvaises techniques de mobilisations, - <i>Démarche qualité :</i> - S'améliorer sur la démarche qualité et gestion des risques, s'améliorer sur la satisfaction des résidents, - S'améliorer sur l'expression et participation de la personne accompagnée, - S'améliorer sur la thématique bientraitance et éthique, Prévenir le risque de maltraitance, - Autocontrôle (grille HAS), se préparer à l'évaluation externe, - <i>Professionnels :</i> - Diminuer les risques professionnels des agents d'accueil, hôteliers et soignants et les risques professionnels en lien avec la maintenance et la sécurité, - Améliorer la politique RH, Améliorer la qualité de vie au travail, Enquête QVT 2022, « S'améliorer sur le chapitre 2 : les professionnels ». Des actions sont définies pour chaque objectif et une échéance est arrêtée. Le plan est suivi et actualisé (Cf. la fiche action établie en juin 2024, « S'améliorer sur le respect de la sécurisation du circuit du médicament par les professionnels » et intégrée dans le PACQ). Le projet d'établissement précise que « La démarche d'amélioration continue de la qualité et la gestion des risques sont pilotées par le Comité de Direction (CODIR) qui s'appuient sur le plan d'action global [REDACTED] et font l'objet d'un bilan annuel par le COPIL Qualité (CODIR, animatrice et service qualité associatif). » Il est annoncé dans le CR du CVS du 06/07/2023 qu'une formation à la démarche qualité dispensée à l'ensemble des professionnels de l'EHPAD est prévue en septembre de la même année. Cette formation n'est inscrite dans aucun des 3 plans de développement des compétences transmis, y compris en 2023.	
1.4.2.1	<u>Évaluation externe</u> L'établissement a procédé à une autoévaluation à partir du référentiel HAS en 2023 afin de préparer l'évaluation externe qui a été réalisée les 23 et 25 avril 2024. L'évaluation met en évidence plusieurs axes forts (reprise des critères standards cotés 3 et 4 dans l'évaluation), dont les principaux sont : ➤ L'établissement définit et déploie sa stratégie de préservation de l'autonomie et de prévention du risque d'isolement de la personne accompagnée. La personne bénéficie d'un accompagnement favorisant la continuité et la fluidité de son parcours, aidée par les professionnels qui partagent entre eux les informations nécessaires à la poursuite de l'accompagnement de la personne et en coordination avec les partenaires. ➤ Les professionnels adaptent le projet d'accompagnement en santé mentale et le projet d'accompagnement de fin de vie et du deuil de la personne.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	➤ L'établissement définit et déploie : - Une stratégie de gestion du risque médicamenteux et de prévention et de maîtrise du risque infectieux, - Une politique ressources humaines au service de sa stratégie et de la qualité de l'accompagnement et met en œuvre une politique de qualité de vie au travail, - Une démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques, - Un plan de prévention des risques de maltraitance et de violence. ➤ L'établissement assure le recueil et le traitement des plaintes et des réclamations et des événements indésirables. Il est doté d'un plan de gestion de crise et de continuité de l'activité. L'ESSMS s'inscrit dans une dynamique d'innovation et d'évolution sociétale. Des axes d'amélioration sont identifiés portant les thématiques telles que : ➤ Co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement de la personne accompagnée, ➤ Accompagnement à la santé, ➤ Information de la personne accompagnée de ses droits et devoirs dans le cadre de la vie collective ou du fonctionnement du service, ➤ La possibilité de désigner une personne de confiance, ➤ L'accès aux informations relatives à son accompagnement, ➤ L'orientation par les professionnels, l'accompagnement et le soutien dans l'exercice de ses droits individuels, ➤ Expression et participation de la personne accompagnée (traçabilité du consentement ou du refus exprimé). Sur 18 critères mentionnés comme « impératifs », 17 ont obtenu la note de 4/4. Seul un critère impératif sur la « sécurisation du circuit du médicament » a obtenu la note de 3 et a fait l'objet d'une fiche « Critère 3.6.2 », créée le 04 juin 2024 définissant 9 Actions correctives incluses dans le PACQ.	
1.4.3.1	Promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance Selon le projet d'établissement 2023/28, « la bientraitance repose sur un accueil de qualité, bienveillant et personnalisé. L'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé (PAP) est un second temps fort, lié à la culture bien traitante de la résidence. » Il y est précisé que les personnes souhaitant faire une alerte peuvent également se saisir des fiches d'événements indésirables disponibles à l'accueil ou contacter les personnes qualifiées compétentes pour l'établissement dont le nom et les coordonnées sont indiquées dans le livret d'accueil. Le livret d'accueil reprend les points évoqués dans le projet d'établissement. « Le numéro d'appel » (3977) en cas de maltraitance est mentionné dans le livret d'accueil et indiqué sur le panneau d'affichage et à chaque étage.	Écart 7 : Les références utilisées dans le livret d'accueil relatives à la liste des personnes qualifiées ne sont pas actualisées ce qui contrevient aux articles L311-5 du CASF et L311-3, 6° du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Il y est également indiqué les autres dispositifs réglementaires et notamment la possibilité de recourir à une personne qualifiée. Il est fait référence à l'arrêté conjoint (Directeur Général de l'ARS, Président du Conseil Général et préfet) du 9 février 2011, fixant la liste des personnes qualifiées, au titre de l'article L311-5 du CASF et non pas à celui du 14 juin 2022. Selon le livret d'accueil, « toute situation de maltraitance, que l'on soit victime ou témoin, doit être signalée à la Direction de l'Établissement et/ou l'encadrant. » Une procédure de « prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance » datée du 28/06/2023 reprend la définition de la maltraitance et ses différences formes. Les conduites à tenir sont précisées. Il y est rappelé la responsabilité partagée par le directeur d'établissement et l'équipe d'encadrement de la promotion de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance. Les outils contribuant à la bientraitance sont cités, tels que le projet d'établissement, la charte bienveillance (annexe 1), diaporama de formation bientraitance, affiche allo maltraitance, charte éthique du grand âge, charte de la personne âgée accueillie en EHPAD, rapport bientraitance HAS 2012, cartographie des risques de maltraitance, grille auto contrôle de mes pratiques professionnelles, vidéo bientraitance. Le référent bientraitance (fiche de mission détaillée en annexe 2) et le CVS sont cités comme les porteurs de la politique de bientraitance. Selon le projet d'établissement, « Des groupes de parole sont mis en place régulièrement afin d'assurer une sensibilisation régulière des professionnels sur des thématiques clés (bientraitance, maltraitance ou éthique). Une procédure « Conduites à tenir en cas d'agression du personnel » en date de janvier 2024 précise les réactions à avoir, les démarches à suivre, les mesures à mettre en place. Le terme agression est défini et une procédure à mettre en œuvre pour tout incident est déclinée. Comme précisé dans le projet établissement 2023/28, des formations sur le sujet de l'éthique et de la bientraitance sont programmées dans les plans de développement des compétences 2023, 2024 et 2025 : - En 2023, 2 professionnels (le médecin coordonnateur et 1 psychologue) ont été inscrits à la formation « éthique et bientraitance » de 14 heures et sont référents de la thématique. - En 2024, une formation de 4 heures intitulée « Réflexion éthique, la susciter, la favoriser » pour 10 professionnels était programmée les 04 et 05 juillet, dispensée par un éthicien. - Et en 2025, il est prévu de former 10 salariés « Pour des pratiques professionnelles bien traitantes et bienveillantes », durée de 21 heures. D'après les comptes rendus des CVS de mars et juin 2024, le médecin coordonnateur a expliqué la démarche « promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance » aux membres du CVS. Lesquels ont été informés de la réalisation d'une autoévaluation sur le thème de la maltraitance auprès d'un échantillon de professionnels et de l'élaboration d'un plan d'actions faisant suite. La sensibilisation des professionnels	

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	à la question lors des équipes pluridisciplinaires se poursuit. Les 2 psychologues animent des groupes éthique « politique et bientraitance » tous les 2 mois avec les résidents qui choisissent les sujets et les questionnements qui y seront traités.	
1.4.3.2	Les situations de violences ou harcèlements sexuels Une fiche procédure « Harcèlement et abus de faiblesse » datée du 31/03/2024 a été transmise à la Mission de contrôle définissant l'abus de faiblesse et le harcèlement et distinguant le harcèlement moral du harcèlement sexuel. Il est fait état du nécessaire repérage dès l'admission des situations à risques et de l'actualisation du projet d'accompagnement. A titre préventif, il est précisé qu'il peut être fait recours à des mesures de protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle). La question de la violence sexuelle n'est pas abordée dans cette fiche de procédure ni les différentes situations de violence envisageables (entre personnes accueillies, une personne accueillie et un membre du personnel, une personne accueillie et une personne extérieure à l'établissement et entre 2 professionnels). La fiche ne précise pas que la loi impose ou autorise la révélation du secret lorsqu'il s'agit d'assurer la protection des personnes, notamment victimes de maltraitances et les peines encourues en cas de non dénonciation. Il n'a pas été porté à la connaissance de la Mission de contrôle des faits de violences ou de harcèlement sexuels ayant été signalés à l'autorité judiciaire.	Écart 8 : Il n'y a pas de procédure spécifique aux situations de violence ou de harcèlements sexuels. (Article L.311-3 1° & 3° du CASF)
1.4.3.3	Une procédure de signalement en cas d'agression Une fiche de procédure intitulée « Conduites à tenir en cas d'agression du personnel » datée de janvier 2024 précise les réactions à avoir, les démarches à suivre, les mesures à mettre en place lorsqu'un professionnel est agressé. Le terme agression est définie et une procédure à mettre en œuvre pour tout incident est déclinée. L'établissement n'a pas fourni de procédure relative au traitement des situations de maltraitance à l'égard des résidents. Il n'a pas été déclaré aux autorités d'autorisation des faits de maltraitance.	Écart 9 : L'établissement n'a pas fourni de procédure relative au traitement des situations de maltraitance à l'égard des résidents. (Article L.311-3 1° & 3° du CASF)

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.5.1.1	Enregistrement, traitement et suivi des plaintes/enquêtes de satisfaction <u>Les plaintes et réclamations :</u> Selon le projet d'établissement, le processus de gestion des plaintes et réclamations est structuré et formalisé dans une procédure. Des formulaires sont à disposition des résidents et familles à l'accueil. Le livret d'accueil précise qu'un cahier de réclamations remarques et suggestions sur l'accompagnement, et des fiches d'expression de la qualité sont à la disposition des résidents et de leurs familles à l'accueil. Il est précisé qu'il est possible de communiquer par mail. Chaque plainte ou réclamation fait l'objet d'un traitement, d'une analyse et d'un suivi jusqu'à sa clôture par les membres du CODIR. Il a été transmis un tableau « Registre des plaintes et des réclamations » qui recense les réclamations depuis 2022 sous différentes catégories : Accompagnement bien-être ; cadre de vie ; hôtellerie et restauration ; organisation des soins ; relations avec résident ; sa famille ; son représentant. La réclamation est synthétisée dans la rubrique informations significatives de la réclamation. La personne qui réclame est identifiée ainsi que le lien de parenté avec la personne accompagnée concernée par la réclamation. Les date de la réclamation et de la réponse sont enregistrées ainsi que le mode de réponse (mail, oral, appel téléphonique). L'état d'avancement, la date de clôture et la personne clôturant la réclamation sont mentionnés. En 2022, le tableau affiche 10 réclamations. En 2023, 30 réclamations sont enregistrées dont le bilan a été présenté, ainsi que celui relatif aux EI, lors du CVS de décembre 2023. En 2024, il est enregistré 14 réclamations au 19/07 : - 12 réclamations portent sur le thème « hôtellerie et restauration » dont 8 réclamations spécifiquement sur le linge et sa perte et une 9ème sur l'entretien du linge. - 2 autres relèvent de la catégorie « cadre de vie » : 1 réclamation porte sur la disparition de plusieurs objets, de la chambre ; tous finalement retrouvés au bout de 27 jours et la seconde sur le ménage et réparation d'une fenêtre. Le délai de traitement oscille entre une réponse le jour même et 79 jours (intervention d'un technicien extérieur).	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Concernant le linge, le délai entre la déclaration et la clôture est de 16 jours au plus tôt et de 92 jours pour le maxima ; portant la moyenne de traitement à 44,5 jours. <u>Les enquêtes de satisfaction :</u> Les enquêtes annuelles de satisfaction sont réalisées tous les ans en fin d'année à l'aide d'un questionnaire remis aux résidents, aux référents familiaux et/ou à leurs proches. Les résultats de ces enquêtes sont présentés au Conseil de la Vie Sociale. L'établissement a fourni plusieurs enquêtes de satisfaction : une enquête auprès des résidents de 2022, deux enquêtes auprès des résidents et des familles pour 2023. Il ressort de l'enquête de satisfaction de 2022 que les résidents sont satisfaits du respect de l'attention qui leur est apporté, de l'accompagnement des personnes avec des troubles cognitifs, de la présence importante de bénévoles au sein de la structure et du jardin de l'établissement. A contrario, selon eux, les améliorations à apporter concernent une meilleure information et plus de communication sur la prise en charge et le suivi médical, plus de professionnels ou bénévoles mobilisés pour des sorties en dehors de l'EHPAD, une plus grande diversité des repas notamment à thème, un meilleur entretien et étiquetage du linge. Pour l'enquête de 2023, au niveau des résidents les points positifs sont : le respect de la liberté d'aller et venir, la localisation ainsi que le calme et la tranquillité de l'EHPAD, la bonne ambiance avec les salariés, les animations. Pour les familles, les points positifs sont : la gentillesse du personnel, la disponibilité de la direction, les propositions d'activités stimulantes ainsi que les animateurs, une bonne atmosphère et la prise en compte des besoins des résidents. Au niveau des points à améliorer, les résidents et familles soulignent que la qualité des repas et la gestion de l'entretien du linge doit être revue. Les résidents signalent aussi vouloir plus de professionnels de santé et les familles veulent voir une amélioration pour la surveillance de nuit, les horaires de visite et la communication de l'EHPAD. A la lecture du PACQ 2024, les remarques des résidents et des familles formulées dans ces enquêtes ont bien été prises en compte.	
1.5.1.3	<u>La procédure de déclaration des événements indésirables</u> <u>Procédure :</u> La fiche de procédure « gestion des événements indésirables » datée du 30/11/2022 transmise à la mission contrôle est commune à tous les établissements et services de l'association gestionnaire. Plusieurs modes de signalement d'un EI sont proposés : soit remplir la fiche papier FEI ou informatiser [REDACTED] soit se rapprocher d'un responsable.	Remarque 5 : La procédure de gestion des EI/EIG ne mentionne pas l'obligation de signalement au procureur lorsqu'il s'agit d'une suspicion de maltraitance, de situations de violences, de harcèlements sexuels ou de situations d'agression.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'EIG et l'EIGS y sont définis ainsi que le circuit de transmission du formulaire dédié à l'ARS et au Conseil départemental. L'annexe 1 de la procédure reprend sous forme de cartographie les différents types d'événements et de supports aux déclarations, qui et comment déclarer les procédures à suivre et le traitement. L'annexe 6, intitulée charte d'incitation à la déclaration d'un Événement indésirable grave est signée de la directrice qui s'engage à ne prendre aucune sanction contre un salarié qui aura signalé un manquement aux règles de sécurité ou erreur dans l'application des règles de sécurité dans lesquelles il est impliqué et dont l'établissement n'a pas connaissance. La procédure ne mentionne pas l'obligation de signalement au procureur lorsqu'il s'agit d'une suspicion de maltraitance, de situations de violences, de harcèlements sexuels ou de situations d'agression. La procédure précise que la fiche EI sans conséquence pour le résident complétée est transmise au directeur ou référent qualité pour analyse en CODIR hebdomadairement et suivi [REDACTED] Chaque événement indésirable fait l'objet d'un traitement, d'une analyse et d'un suivi de la part des membres du CODIR. Le déclarant est informé par le directeur ou le référent qualité des suites données. Il est décliné le mode de faire concernant un EIG : mise en sécurité ; prévenance du directeur, information de la famille et des Directions Opérationnelle et Métiers et Qualité ou le cadre d'astreinte en son absence, recueil des informations, analyse, plan d'actions, déclaration à l'ARS et au CD dans les 48h après validation des Directions Opérationnelle et Métiers et Qualité. Les Événements Indésirables Graves (EIG) devant être déclarés aux autorités sont traités spécifiquement en lien avec l'Association gestionnaire. Il est évoqué la possibilité de déclencher une cellule de crise avec soutien spécifique des services du siège. Il est noté que la déclaration de l'EIGS, se fait dans les 24h en ligne sur le portail de signalement de l'ARS et il est précisé que le temps de l'analyse et du suivi des causes est arrêté à 3 mois. Le médecin coordonnateur ou l'IDEC réunit les éléments médicaux de preuve dans un dossier. Ils peuvent solliciter l'aide de la structure régionale d'appui. Le plan d'actions est mis en œuvre jusqu'à sa clôture, information aux autorités de contrôle. Selon le projet d'établissement, des formulaires numériques et papier sont à disposition des professionnels, familles et résidents pour favoriser la déclaration des événements indésirables.	Remarque 6 : Le plan de développement des compétences 2024 et 2025 ne prévoient pas de formation sur la déclaration des EI/EIG contrairement à la mention du PACQ 2024.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Selon le projet d'établissement, la démarche d'appropriation et la culture de la gestion des risques devra se poursuivre tout au long de ce projet grâce notamment au déploiement du logiciel qualité [REDACTED]. Deux tableaux ont été transmis à la Mission de contrôle : - Le tableau « événements indésirables 2023-2024 » recense 36 EI : 18 en 2023 et 18 du 01/01 au 12/06/2024. - Le tableau « événements indésirables graves 2023-2024 » enregistre 2 événements : le 19/03/2024 « Accidents & incidents suite erreur/défaut de soin/ surveillance » et le 05/07/2024 « Perturbation liée à des difficultés relationnelles avec les familles ». La description des faits, la qualification, les conséquences, les mesures prises, le degré de gravité, l'obligation de déclaration obligatoire aux autorités de tutelle, la date de cette déclaration, ainsi que la date de « clôture » et par qui la déclaration est faite sont précisés. <u>Formations :</u> Le plan de développement des compétences 2023 programmait une formation « Gestion des EI et des réclamations » de 4 heures pour 16 salariés du 13 au 28/09/2023. Il n'a pas été transmis à la Mission de contrôle les éléments permettant d'affirmer que les salariés ont bien bénéficié de cette formation. Le PACQ 2024 prévoit de planifier des formations sur les EI et les réclamations pour les personnels. Elles ne sont pas mentionnées dans le plan de développement des compétences 2024, ni prévues pour 2025.	
1.5.1.5	Les modalités de suivi, analyses et RETEX des EI Concernant un EIG, le directeur d'établissement organise dans les 15 jours une réunion avec le personnel concerné pour analyser les causes (tableau inspiré de la méthode Alarm (annexe5)) et complète le plan actions. Un temps d'analyse et du suivi des causes est prévu sur un délai de 3 mois. Dans le PACQ édité le 27/06/2024, est programmée l'action « Planifier des formations sur les EI et les réclamations auprès des équipes (organisées par le service qualité) ; à l'échéance du 31/12/2023. Seule une fiche RETEX a été transmise alors que deux événements indésirables graves ont été listés dans le tableau transmis. Classement des EI/EIG : A la lecture, du tableau des EI, certains auraient dû être classés en EIG, notamment celui [REDACTED] concernant l'état d'un résident qui avait une fracture suite à une chute [REDACTED] au cours de la réalisation de la toilette par un professionnel du fait que sa fracture n'avait pas été immobilisée et du [REDACTED] ou une résidente se serait vu délivrer par une infirmière des comprimés d'un médicament auquel elle est allergique, sans conséquence car la résidente s'en est aperçue.	Remarque 7 : Seul un seul RETEX a été transmis lors du présent contrôle alors que deux EIG ont été mentionnés. Remarque 8 : Des mauvais classements d'EI ont été constatés à la lecture de la liste des EI 2023-2024.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.5.1.6	<u>Le signalement des faits auprès des autorités administratives</u> En 2023, il est annoncé 30 EI ; la Ville de Paris n'en a enregistré aucun. L'EIG du 19/03/2024 a fait l'objet d'un RETEX le 12/06/2024 en CODIR. Comme la déclaration, la Ville de Paris et l'ARS n'ont pas enregistré le RETEX. L'EIG du 05/07/2024 a été transmis à la Ville de Paris. Un RETEX était programmé le 04/09/2024, il n'a pas été communiqué. Deux EIG sont mentionnés dans le listing transmis par l'établissement pour la période 2023-2024. Ces EIG n'ont pas été transmis aux autorités de tutelle (ARS/Ville de Paris).	Écart 10 : En ne déclarant pas systématiquement aux autorités administratives compétentes les dysfonctionnements graves, l'établissement contrevient à L. 331-8-1 et R.331-8 du CASF.

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS

Observations ou commentaires

Constat E/R

Composition de l'équipe pluridisciplinaire

Selon le tableau de suivi des effectifs prévisionnels réels et à pourvoir, arrêté au 23/07/2024, communiqué à la mission inspection, la résidence Antoine Portail compte au jour du contrôle 56 postes, soit 55 professionnels du fait de la vacance d'un poste d'IDE à pourvoir.

Les 55 salariés de l'établissement (49 ETP), tous en CDI sont répartis en 6 équipes :

Equipe	Résidence Antoine portail	Effectifs prévisionnels ETP 2024	Salariés en CDI (TC et TP)	Effectifs présents le jour du contrôle selon le planning
Administrative	Directeur			
	Responsable comptable			
	Comptable			
	Assistant RH			
	Agent d'accueil			
Entretien et maintenance	Responsable technique			
	Agent d'entretien			
Vie sociale	Animatrice			
	Responsable des soins			
Soins	IDE			1 IDE CDI
	Equipe (A)			3
	Equipe (B)			
	AS PASA			
	ASD Nuit			
	Cadre hôtelier			
	Equipe Agent Hôtelier (A)			

Remarque 9 : Le taux d'ETP annoncé ne correspond pas à celui de l'EPRD 2023.

Remarque 10 : Les documents communiqués à la Mission de contrôle ne permettent pas d'avoir une vision exacte de la situation RH de l'établissement.

Remarque 11 : L'instabilité de l'équipe soignante ne favorise pas la prise en charge individualisée des résidents.

2.1.1.1

N°IGAS

Observations ou commentaires

Constat E/R

Hôtellerie	Equipe Agent Hôtelier (B)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								</
------------	---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

N°/GAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Parmi le personnel ci-dessus salariés DE signants de jour et agent Hôtelier de jour) étaient en CDD afin de compenser des absences en formation, maladie et congés payés. <u>Les contractuels</u> Les données du tableau ci-dessous sont extraites du Registre Unique du Personnel (RUP) 2023, lequel n'enregistre aucun mouvement de personnel au-delà du 31/08/2023. Durant les 8 premiers mois de l'année, le RUP recense 51 CDI, 1 contrat d'apprentissage et répartis ci-après : La durée des CDD de janvier à août 2023 varie de 1 à 143 jours, soit une moyenne de 5 jours et une médiane est de 1 jour. Comme en 2023, l'établissement a eu recours, durant la période de contrôle, aux contrats à durée déterminée pour pallier les absences des salariés en : - Formation : - 1 AS en formation 4 semaines en juin et 3 semaines en juillet - Maladie et maternité : - 1 en maladie du 1^{er} juin au 30 juillet	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
		- 1 AS en maladie du 1^{er} au 26 juin et - 4 AS en maladie de 1 à 7 jours en juin et 1 AS en maladie 3 jours en juillet - 3 ASH en maladie du 1^{er} au 31 juillet - 1ASH (CDD) en maladie du 1^{er} au 05 juin puis en maternité du 06 au 18 juillet - Congés payés : - 3 AS en congés payés (CP) de 1 à 12 jours en juin et 6 AS en CP de 5 à 18 jours - 3 ASH en CP de 4 à 23 j en juin et 2 ASH en CP entre 19 et 22 jours. Compte-tenu du nombre de contrats réalisés sur de courtes périodes, la stabilité de l'équipe pour assurer l'accompagnement individualisé des résidents est questionnée. <u>Ratios d'encadrement général et soignants</u> Pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents au regard de l'effectif soignant de l'établissement actuellement en poste, la Mission de contrôle se base sur un effectif minimal de soignants requis calculé sur des critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du CPOM. Les critères retenus prennent en compte la coupe AGGIR/PATHOS du 27 septembre 2017, établissant le GMP de l'EHPAD [REDACTED] et son PMP [REDACTED] pour définir la charge en soins et dépendance de l'établissement et le nombre de places en hébergement permanent autorisées. <i>Evaluation quantitative des effectifs soignants présents (critères CPOM : nb d'ETP rémunérés correspond aux besoins (basée sur formule utilisée dans les CPOM pour déterminer le financement))</i> $\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{GMP établissement valide})}{\text{nb d'ETP (AS + AES)}} = R_{\text{GMP}}$ Si $R_{\text{GMP}} > 3200 \Rightarrow$ nb ETP AS/AES est insuffisant $\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{PMP établissement valide})}{\text{nb d'ETP IDE}} = R_{\text{PMP}}$ Si $R_{\text{PMP}} > 4300 \Rightarrow$ nb ETP IDE est insuffisant Le ratio des AS/AES/AMP est de 3 228, légèrement supérieur à la formule ci-dessus et appelle à la vigilance à avoir quant à une présence en nombre suffisant du personnel soignant au chevet des résidents.

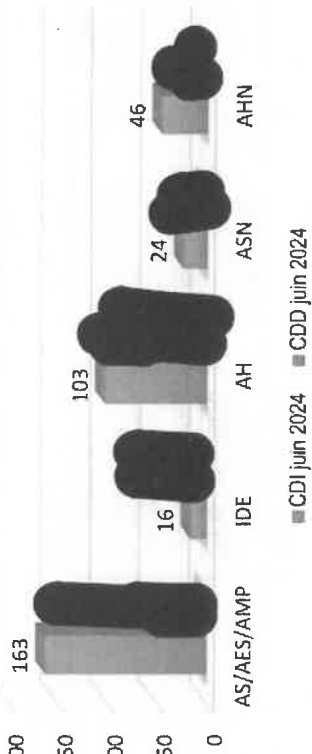
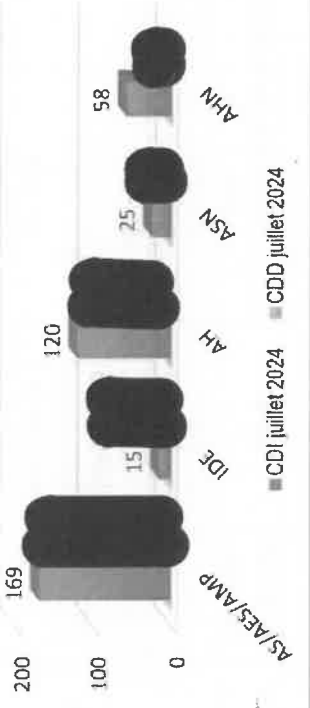
N°/GAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Concernant les IDE, le résultat obtenu (sur la base de 2 IDE en CDI) est de 7 350 et traduit selon la formule ci-dessus un manque important d'effectif d'IDE. Le CPOM 2018/2022 prorogé par avenant du 25/03/2024 du 01/03/2024 au 28/02/2025 prévoit 4,32 ETP infirmier dont l'IDEC. Au regard du nombre et du degré de dépendance des résidents, l'équivalent temps plein d'infirmier nécessaire est a minima de 3, 42, hors IDEC.	
2.1.1.3	Proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme Le taux d'absentéisme renseigné par l'établissement est de 10,53% pour la campagne ANAP 2022 (sur les données 2021) contre 7,3% pour la campagne 2023 (sur les données 2022). Il se situe bien en dessous des médianes départementale, régionale et nationale pour ces 2 années de référence : - 2022 : médiane départementale 12,01% / régionale 12,21% / nationale 11,94%. - 2023 : médiane départementale 10,32% / régionale 11,76% / nationale 12,1%. Concernant le taux de rotation des personnels, pour la campagne 2022 celui-ci est de 10,53% contre 10,53% pour la campagne 2023. Les chiffres de la campagne 2022 étaient supérieurs aux médianes mais inférieurs pour 2023 : - 2022 : médiane départementale 13,52% / régionale 13,54% / nationale 13,54%. - 2023 : médiane départementale 14,91% / régionale 15% / nationale 15%.	
2.1.1.6	Professionnels en intérim Dans le protocole « en cas d'absence d'un professionnel » daté de janvier 2024, communiqué à la Mission de contrôle, il est évoqué le recours possible à des sociétés d'intérim. Il n'a pas été communiqué d'autres informations relatives aux entreprises de travail temporaire sollicitées.	
2.1.2.1	Plan de développement des compétences Il a été communiqué les plans de développement de compétences 2023, 2024 et 2025 présentés sur un document à en-tête opérateur de compétences. En 2023 : - Formations obligatoires telles que : AFGSU (7 salariés), Incendie (23 salariés) ; évacuation horizontale ; Manipulation des extincteurs ; SSI ; formation équipe de nuit et PRAP 2 S (10 salariés) ont été programmées. - Prévisions : 8 salariés à la gestion des produits d'incontinence, 23 au Plan bleu et 16 à la Gestion des EI et des réclamations.	Remarque 12 : La Mission de contrôle ne peut s'assurer que les plans de développement des compétences présentés sont mis en œuvre et si tous les professionnels ont accès aux actions de formation.

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	- Formations qualifiantes telles que celles d'assistant de soins en gériatrie (1 salarié), d'IDEC (1 salariée), de référent éthique et bientraitance (2 salariés le MEDCO et la psychologue) ou encore diplômantes : Formation IDE (1 salarié) et le DU d'Infirmière en pratiques avancées (2e année) étaient inscrites. Au total, 14 actions ont été programmées qui concernent 93 personnes dans le plan 2023. Les formations obligatoires citées en 2023 ont été reconduites dans le plan 2024 pour 63 salariés ainsi qu'une information sur le plan bleu auprès de 24 salariés. De nouvelles formations sont programmées telles que : - Accompagnement des personnes atteintes de maladies neurocognitives (12 salariés) - Rappel ou confirmation des techniques de bionettoyage (6 salariés) - Fins de vie et soins palliatifs (12 salariés) - Sensibilisation à la distribution et prise du médicament (14 salariés) - Projet d'établissement (10 salariés) - Notions éthiques et bientraitance (10 salariés) - Les droits fondamentaux et les outils aux bénéfices du résidents (10 salariés) formation interne - RGPD et confidentialité – 14 salariés- formation interne - Oxygénothérapie (19 salariés) Comme en 2023, la formation qualifiante ASG est programmée. Au total, il est prévu de former 197 personnes en 2024. Dans les plans 2023 et 2024, sont indiqués les périodes de réalisation, la durée théorique des formations, les lieux ainsi que les organismes formateurs, le public visé et si ces formations sont obligatoires ou visent le développement de compétences. Ils ne précisent pas l'identité des personnes formées, ni leurs métiers et si ces formations ont bien été réalisées. Des formations externes portant sur les soins, la fin de vie, les notions éthiques et de bientraitance, les gestes qui sauvent, sont programmées en 2023 et 2024 ainsi que des formations qualifiantes et diplômantes. L'établissement propose des formations relatives aux questions de sécurité et prévention des risques professionnels, à la gestion et déclaration des EI, à la bientraitance, aux outils de la loi 2002-2, ainsi que des formations diplômantes et qualifiantes. Il ne propose pas de formation au repérage de la maltraitance, de la prise en charge de la douleur, à l'accompagnement en fin de vie, aux troubles du comportement et aux troubles sensoriels, selon les recommandations de l'HAS sur la « mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et traitement de la maltraitance » de 2008.	Remarque 13 : L'établissement ne propose pas de formation au repérage de la maltraitance, la prise en charge de la douleur, aux troubles du comportement et aux troubles sensoriels. Remarque 14 : Aucun document n'a été communiqué à la Mission de contrôle permettant de s'assurer de la mise en œuvre des groupes d'analyses de pratiques professionnelles.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Il est annoncé dans le projet d'établissement 2024-2029, l'intervention d'une psychologue pour échanger sur les pratiques professionnelles qui selon les besoins, peut proposer des temps individuels ou collectifs complémentaires. Le PACQ communiqué à la mission contrôle prévoit une action « Relancer les analyses de pratiques professionnelles » à l'échéance du 29/02/2024. Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles ne sont inscrits dans aucun des 3 plans de développement des compétences prévisionnels transmis à la Mission de contrôle. Le plan de développement de compétences 2025 se présente sur le même format que les précédents.	
2.1.2.5	<u>Accueil des nouveaux professionnels</u> L'accueil des nouveaux professionnels est décliné dans le projet d'établissement ainsi : - Information à l'ensemble de l'équipe de l'arrivée d'un nouveau salarié. - Rencontre avec la directrice pour la signature du contrat DI et la transmission d'information générale sur l'Association et l'établissement (charte de l'association, projet associatif, guide de l'attention à la personne accompagnée...). - Entretien avec le cadre hiérarchique pour les CDD. - Accueil par un référent métier qui transmet toutes les informations utiles pour la bonne compréhension du fonctionnement de l'établissement et du poste (fiche de poste, déroulement de tâches, codes logiciels métiers, tenue professionnelle...). Des points réguliers sont proposés par le responsable hiérarchique. La procédure « Accueil et intégration nouveaux salariés » communiquée à la Mission de contrôle décrit les différentes actions mises en œuvre dans l'intégration d'un nouveau salarié (CDD et CDI). Elle précise les étapes et leur périodicité à accomplir par la Direction, le responsable de Service, l'assistante RH, « pour familiariser rapidement avec son environnement de travail » le nouveau salarié. La mise en œuvre de cette procédure, relève de la responsabilité de la directrice et s'adresse à l'ensemble des équipes administratives, de direction, médicales, paramédicales, hôtelières, d'animation et techniques. La fiche de procédure ne mentionne pas que le salarié est accompagné dans sa prise de poste par un référent métier.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
Les plannings	Les plannings de juin, juillet et août 2024 transmis à la mission contrôle sont extraits de l'application [REDACTED] et recensent toutes les équipes de l'EHPAD (administrative, entretien et maintenance, vie sociale, soins, hôterrie, thérapeutes ou auxiliaires médicaux).	Remarque 15 : Les documents transmis à la mission contrôle ne permettent de s'assurer que les contractuels recrutés pour remplacer du personnel soignant ont bien le diplôme requis pour exercer leurs tâches. Écart 12 : La programmation de la présence d'une seule IDE chaque week-end ne permet pas de garantir la sécurité des soins pour les personnes accompagnées et contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.
2.1.4.5	- Les IDE Les IDE travaillent sur 2 amplitudes horaires de 8h à 20h pour l'IDE1 et de 8h à 16h pour l'IDE2. L'IDE1 travaille 2 ou 3 jours et alterne un JNT (tel que libellé dans le planning) accolé à 1 jour de repos hebdomadaire (JRH) en semaine ou 2 JRH le week-end, 1 semaine sur 2. L'IDE2 travaille de 8h à 16h du lundi au vendredi et est en repos hebdomadaire chaque week-end. - Les AS de jour Les salariés sont planifiés en équipe et contre équipe (A et B), travaillant 2 ou 3 jours avec 1 ou 2 jours de repos hebdomadaires et 1 jour non travaillé (JNT) accolé, alternant 1 week-end sur 2 travaillé. Les AS, AMP et AES de jour sont identifiés dans le planning par l'abréviation JS (la Mission de contrôle n'a pu établir la signification du sigle), à laquelle est ajouté le chiffre de l'étage d'affectation, JS1, JS2.... Les AS de jour travaillent sur 1 amplitude horaire de 12 heures (8h00 à 20h00). Les AS sont positionnés pour le mois à un étage et changent chaque mois. Un AS intervient par étage. - Les AS volants (ASV1 ou ASV2) L'AS volant, est selon le PE « garant de la bonne organisation de l'équipe et de la continuité des soins (signalement des absences, accueil et intégration des nouveaux professionnels, dotation en matériel et produits...). Il fait le lien avec l'équipe de nuit et est le cas échéant est l'interlocuteur du cadre d'astreinte. Tous les mois, 1 AS dans l'équipe est désigné comme volant dans chacune des 2 équipes de soins et ce professionnel change le mois suivant. L'AS Volant 1 ou 2 (ou JSV1 et JSV2) dans le planning travaillent sur une amplitude horaire de 12 heures (8h00 à 20h00), pour le premier et de 6h45 à 18h45 pour le second. - L'équipe hôtelière L'organisation des agents hôteliers de jour ou JH dans le planning est sur le même modèle que les salariés de l'équipe de soins de jour. Ils travaillent 2 ou 3 jours, équipe/contre équipe, en repos 1 week-end sur 2, avec 1 JNT en semaine ou accolé aux 2 JRH le week-end. Selon les plannings communiqués, chaque mois un salarié de l'équipe hôtelière est positionné pour assurer les tâches de l'Agent Hôtelier SS (cf fiche heurée) ou JHSS. Positionnés au même étage en juin et juillet, ils changent en août. - L'équipe de nuit : - Les AS de nuit :	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R																
	Chaque nuit, est planifié la présence d'1 AS de nuit (ASN) intervenant de 20h à 7h qui travaille sur le même rythme hebdomadaire que ses collègues de jour. - Les AH de nuit : Les AHN1 travaillent de 19h45 à 5h45 et les AHN2 de 21h à 7h. Chaque nuit, 2 AHN sont présents couvrant ainsi une amplitude horaire de 19h45 à 7h. Selon les plannings de juin et juillet, il est prévu chaque jour, le personnel suivant : - 1 à 2 IDE, - 7 AS de jour, - 6 Agents hôteliers de jour, - 1 AS de Nuit - 2 ASH de nuit. Le tableau ci-dessous recense la présence des IDE en juin et juillet, selon les plannings communiqués. Pour compenser l'absence en maladie d'une des 2 IDE en CDI, il a été fait appel à une IDE contractuelle en juin et juillet : <table><tr><th></th><th>Juin</th><th>Juillet</th><th>Chaque week-end en juin et juillet</th></tr><tr><td>1 IDE</td><td>11 j</td><td>10 j</td><td></td></tr><tr><td>2 IDE</td><td>18 j</td><td>20 j</td><td>1 seule IDE</td></tr><tr><td>3 IDE</td><td>1 j</td><td>1 j</td><td></td></tr></table> Le tableau ci-dessus illustre le faible taux d'encadrement pour les soins, 1 seule IDE présente sur 21 jours entre juin et juillet. Les AS des équipes de soins de jour sont au quotidien au nombre de 6 à 8. Pour parvenir à cette moyenne de 7 soignants, il est fait appel à des salariés en CDD. Les salariées contractuelles de juin sont quasi les mêmes que celles de juillet et sont positionnées soit à 1 étage, soit comme AS volante 1 ou 2. L'équipe hôtellerie en journée est composée généralement de 6 salariés. Pour ce faire, il est fait appel à des salariés en CDD en juin et 1 à 4 en juillet. L'équipe de nuit est composée en moyenne de 2 à 4 professionnels en juin et 3 en juillet, soit 2 AHN et 1 AS de nuit. Il est à noter que 2 AHN dont 1 salariée contractuelle ont travaillé, sans présence d'une AS de nuit, 1 nuit en juin. La question de la sécurité des résidents est posée.		Juin	Juillet	Chaque week-end en juin et juillet	1 IDE	11 j	10 j		2 IDE	18 j	20 j	1 seule IDE	3 IDE	1 j	1 j		Écart 13 : L'insuffisance régulière du nombre d'IDE présentes ne permet pas de garantir la sécurité et la qualité des soins aux résidents, ce qui contrevient à l'article Article L.311-3 1° & 3° du CSP.
	Juin	Juillet	Chaque week-end en juin et juillet															
1 IDE	11 j	10 j																
2 IDE	18 j	20 j	1 seule IDE															
3 IDE	1 j	1 j																
		Écart 14 : L'insuffisance d'Aide-Soignant de nuit ne permet pas de garantir la sécurité et la qualité des soins aux résidents la nuit, ce contrevient à l'article L.311-3 1° & 3° du CASF.																

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	La présence de 3 salariés la nuit, dont 1 seule AS pour 70 résidents sont en GIR 1 à 3, est de nature à remettre en cause la sécurité et la qualité des soins. Selon les plannings, il est fait recours au CDD sur tous les métiers pour remplacer les absences programmées (formation, congés payés, congé maternité) ou imprévues (maladie). Répartition mensuelle des salariés par métier et type de contrat  Répartition mensuelle des salariés par métier et type de contrat 	

Les tableaux ci-dessus confirment l'insuffisance du taux d'encadrement des IDE dans l'établissement évoqué plus haut.

N°IGAS

Observations ou commentaires

Constat E/R

Les fiches de tâches heureées

21 fiches de tâches heureées ont été communiquées à la mission contrôle pour les équipes de soins et d'hôtellerie de jour et de nuit, se répartissant ainsi :

2.1.4.2

Équipe	Nb fiches heures	Métier	Périodicité dans la journée	
Soins	2	IDE 1	Jour	Nuit
		IDE 2	8h - 20h	
	5	AS	8h - 16h	
		(AS1 à AS5)	8h - 20h	
	2	AS Volante 1	6h45 - 18h45	
	AS Volante 2	8h - 20h		
	1	ASG PASA	10h/10h30 - 17h/17h30	
	1	AS de nuit		20h - 7h
Hôtellerie	5	AH1 à AH5	8h - 20h	
	1	AH SS	7h - 19h	
		Sous-Sol - RDC		
	1	AH Lingère	8h - 16h	
		Sous-Sol - RDC		
	1	AH Buanderie	8h - 16h	
		Sous-Sol		
	2	AH Nuit 1	19h45 - 5h45	
		AH nuit 2	21h - 7h	

Equipe de soins :
- L'IDE :
Les fiches heures des IDE 1 et 2 comportent des tâches communes sur l'amplitude 8h – 16h :
- Faire les transmissions aux équipes de Jour avec l'AS volant, avec l'autre IDE / l'IDEC / le MEDCO en semaine,
- Assurer les soins, vérifier les Rdv / prise de sang,
- Vérifier, distribuer et valider les médicaments – tracer les soins sur titan- préparer le chariot de médicament pour le lendemain + vérification,
- Participer au STAFF – tous les lundis - Faire le point avec l'IDE ou l'IPA.

Au départ de sa collègue, l'IDE 1 doit :

Remarque 16 : La fiche de tâches heures est commune pour les aides-soignants, les accompagnants éducatifs et sociaux et les AMP.

Écart 15 : Une fois l'administration des médicaments réalisée par les AS, il n'est pas précisé qui assure la traçabilité dans TITAN, ce qui contrevient à l'article L.311-3, 1° du CASF.

Écart 16 : La Mission ne peut déterminer si les aides-soignants diplômés autorisés à distribuer les médicaments ont reçu une formation délivrée par l'infirmière. (Référence Article R4311-5 du CSP)

Écart 17 : La réalisation de toilette par des AES ou AMP et non d'aide à la toilette de résidents contrevient à l'article L.311-3 du CASF.

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Poursuivre la distribution des médicaments de 16h - ajuster les médicaments dans les sachets si modifications de l'ordonnance, confier la distribution des sachets de médicament aux aides-soignantes de chaque étage, - Gérer les rendez-vous médicaux urgents ou accueillir nouveau résident et les informations recueillies à l'équipe, Informer par courriel si hospitalisation ou tout autre information après 19h (accueil fermé), - Poursuivre les soins (glycémie capillaire, administration des neuroleptiques en gouttes, morphiniques, perfusion, injection) tracer sur TITAN, - Faire les transmissions au SSIAD de nuit par mail et à l'équipe de nuit et attendre la relève de la nuit (ASH/AS) avant de quitter la résidence. Les fiches de poste de l'IDE1 et 2 que l'IDE précisent que « le week-end ou quand elles sont seules, elles doivent « déposer la boîte de médicament au 5^e, faire la distribution le matin puis l'AS donnera à midi et le soir après vérification. » L'AS La fiche de tâche des AS de jour, composée, selon l'organigramme, d'AS, d'AES et d'AMP indique : - Lire et faire les transmissions avec l'IDE – participer au STAFF, à la réunion d'équipe le mercredi ou le vendredi ou à la réunion PAP, - Installer les résidents pour les repas et assurer l'aide aux repas, - Aider les résidents pour les toilettes ou les assurer, - Valider les soins avec la zapette et dans le logiciel TITAN, - Répondre aux appels malades, - Accompagner des résidents aux activités, à la sieste, au coucher, - Faire l'environnement des chambres (le week-end), - Aider les résidents à la prise des médicaments, - Ranger et désinfecter le chariot de soins et descendre le chariot de linge sale et le vider. - L'AS volant ou ASV : Un AS volant (ASV1 et ASV2) est nommé dans chaque équipe de soins A et B. La fiche heurée de l'ASV2 (8h à 20h) est identique à celles des AS de jour, hormis « l'aide à la prise des traitements » qui n'est pas inscrite. La fiche heurée de l'ASV1 (6h45 - 18h45) indique des tâches plus spécifiques telles que : - Faire les transmissions avec l'équipe de nuit, avec l'IDE et l'AS, - Effectuer un tour complet de la résidence, - Préparer la dotation journalière selon le classeur de soins, - Préparer les résidents qui ont un rendez-vous tôt avant que les ambulanciers arrivent, - En cas de retard ou d'absence d'un membre de l'équipe soin, se positionner à son étage et en informer l'astreinte, - Participer à la Réunion PAP avec les psychologues et aider à la prise des médicaments. - L'AS de nuit A sa prise de poste, l'AS de nuit (20h – 7h) doit : - Faire les transmissions avec l'IDE puis avec l'ASH	Remarque 17 : Il est fait référence à une IPA dans la fiche de tâches heurées des IDE. Ce poste n'est mentionné ni dans l'organigramme ni dans le RUP 2023.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Faire le tour des personnes nécessitant une vigilance renforcée, - Distribuer les traitements de nuit préparés par l'IDE et faire une traçabilité dans les transmissions, - Coucher et changer les résidents selon le plan de soins, - Proposer aux résidents des collations ou tisanes si insomnie ou déambulations, - Passer dans les chambres, passage sécuritaire, surveillance, - Accompagner les résidents en fin de vie - Evaluer la douleur, - Assurer la toilette des résidents ayant RDV le matin si nécessaire, - Faire les transmissions informatiques et avec l'AS volant du matin. Il est fait mention dans cette fiche du « Passage de l'IDE de nuit du SSIAD ». Dans le projet d'établissement, il est évoqué un partenariat avec un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) « permettant le passage d'un IDE chaque nuit pour les résidents nécessitant une surveillance particulière, pour des problèmes médicaux, des chutes ou autres urgences (dispositif mis en place par l'ARS) ». L'articulation dans la prise en charge des résidents entre les professionnels des 2 services n'est pas précisée. L'équipe hôtelière : Les tâches de l'agent hôtelier de jour (AH) de jour (8h – 20 h) décrites dans la fiche heuree consistent en : - La préparation les chariots du petit déjeuner de l'étage, la mise en place des tables pour les repas dans la salle à manger de l'étage- le débarrassage les tables et nettoyage de la vaisselle sale, - Le service des résidents et débarrasser, - Le nettoyage de la salle à manger, rangement de la vaisselle propre après les repas, nettoyer les chambres de l'étage, les couloirs et désinfecter les points contacts, - Le remplacement des poubelles et des pichets d'eaux des chambres et descendre la poubelle et le chariot repas après l'avoir nettoyé au sous-sol après chaque repas. - L'AH de nuit Selon la fiche heuree, l'AH Nuit 1 (19h45 – 5h45), à son arrivée : - Fait les transmissions avec l'IDE et l'aide-soignante de jour et l'aide-soignante de nuit qui arrive à 20h00, transmissions du jour dans le TITAN et dans le cahier de nuit, Transmissions informatiques et si nécessaire avec l'Aide-soignante, - Assure les couchers et les changes de tous les résidents selon la liste-Transmissions informatiques de tout événement et noter /vérifier les selles, - Répond aux sonnettes et veille à l'Hydratation des résidents et distribue les collations, - Nettoie les fauteuils (2 à 3) ainsi que les déambulateurs (2 à 3). Il est chargé de la « surveillance /passage dans toutes les chambres et change ou soins si nécessaire. » La Mission de contrôle s'interroge sur ce qu'implique la réalisation de ce type de soins, non détaillée dans la fiche heuree.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR		
	La fiche heurée de l'AH Nuit 2 travaillant de 21h – 7h varie légèrement de celle de l'AHN 1. Il ne fait pas transmission avec l'AS de nuit et n'assure pas le Nettoyage des fauteuils (2 à 3) ainsi que les déambulateurs (2 à 3).			
2.1.4.4	Glissements de tâches Au regard des constats suivants sur le fonctionnement de l'équipe soignante, notamment de : - La présence d'une seule IDE, et sa systématisation notamment le week-end, ce qui fragilise l'organisation des soins et ne garantit pas la sécurité et une prise en charge individualisée des résidents ; - L'existence d'une seule fiche de tâches heurées pour les AS, AES et AMP : notamment l'absence de différenciation des tâches des aides-soignants d'une part, des accompagnants éducatifs et sociaux et AMP d'autre part, sur la réalisation des soins et la distribution des médicaments ; - La présence d'une seule AS la nuit au prorata du nombre et des besoins des résidents dépendants représente un risque en matière de sécurité des soins ; - La réalisation par l'Agent Hôtelier et l'agent de service de nuit des changes des résidents, voire des soins si nécessaires ; - L'absence d'informations fiables quant à la qualification des professionnels employés en CDD dans les équipes de soins. La Mission de contrôle n'est pas en mesure de s'assurer qu'il n'existe aucun glissement de tâches au sein de l'équipe soignante. La gestion des absences prévues Un protocole en cas d'absence d'un professionnel datée de janvier 2024 a été communiqué à la Mission de contrôle. Il est prévu qu'en l'absence d'un professionnel, l'AS de nuit ou de jour prévient le cadre d'astreinte (directrice, IDEC ou cadre hôtelier), la responsabilité du remplacement incombant au cadre d'astreinte ou au responsable de service. Il est décrit les conduites à tenir en cas d'absence de l'IDE, d'AS/AMP/AES ou d'AH repris dans le tableau ci-après : <table><tr><td>IDE</td><td>En semaine : en présence de 2 IDE, si l'IDE doit terminer à 16h30 et ne peut prolonger sa journée, l'IDEC prend le relais jusqu'à 20heures. Si 1 seule IDE, l'IDEC remplace l'IDE absente. En week-end : il est fait appel à une IDE de la contre équipe ou à une IDE contractuelle ou à une « boîte d'intérim ». Si aucune IDE n'est disponible, l'IDEC, si elle est d'astreinte se déplace à l'EHPAD. Si l'IDEC n'est pas d'astreinte et n'est pas disponible, il est demandé l'intervention d'une infirmière libérale.</td></tr></table>	IDE	En semaine : en présence de 2 IDE, si l'IDE doit terminer à 16h30 et ne peut prolonger sa journée, l'IDEC prend le relais jusqu'à 20heures. Si 1 seule IDE, l'IDEC remplace l'IDE absente. En week-end : il est fait appel à une IDE de la contre équipe ou à une IDE contractuelle ou à une « boîte d'intérim ». Si aucune IDE n'est disponible, l'IDEC, si elle est d'astreinte se déplace à l'EHPAD. Si l'IDEC n'est pas d'astreinte et n'est pas disponible, il est demandé l'intervention d'une infirmière libérale.	Écart 18 : Les conditions de fonctionnement de l'équipe soignante ne permettent pas de s'assurer qu'il n'existe pas de glissement de tâches au sein de l'équipe soignante. (Cf. Articles L.4391-1 et R.4311-1 du CSP, L.311-3 1°, L.451-1, D.312-155-0 2° et D.451-88 & 89 du CASF)
IDE	En semaine : en présence de 2 IDE, si l'IDE doit terminer à 16h30 et ne peut prolonger sa journée, l'IDEC prend le relais jusqu'à 20heures. Si 1 seule IDE, l'IDEC remplace l'IDE absente. En week-end : il est fait appel à une IDE de la contre équipe ou à une IDE contractuelle ou à une « boîte d'intérim ». Si aucune IDE n'est disponible, l'IDEC, si elle est d'astreinte se déplace à l'EHPAD. Si l'IDEC n'est pas d'astreinte et n'est pas disponible, il est demandé l'intervention d'une infirmière libérale.			
2.1.4.7				

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R				
	<table><tr><td>AS/AES/AMP</td><td>La 2^{ème} AS volante prend le positionnement de l'AS absente, en attendant que le cadre d'astreinte trouve un remplacement, Si plusieurs AS/AMP/AES sont absents, en attendant leur remplacement → mise en place d'une réorganisation en interne. Les AS/ AMP / AES présents se redistribuent la charge de travail.</td></tr><tr><td>AH</td><td>L'agent du sous-sol prend l'étage de l'AH absent afin d'assurer la distribution des petits déjeuner le temps que le cadre d'astreinte parvienne à trouver un remplacement. Si absence de plusieurs agents hôteliers : en attendant leur remplacement, mise en place d'une réorganisation en interne avec soutien du responsable hôtelier.</td></tr></table> Il n'est pas précisé dans le document transmis, quelle est l'organisation prévue en mode dégradé pour les personnels soignants et hôteliers de nuit, hormis d'alerter le cadre d'astreinte. La mission de contrôle n'a pas été destinatrice de document précisant l'organisation des équipes soignante et hôtelières en l'absence concomitante de plusieurs professionnels. Les mois de Juin et juillet ont été marqués par un faible taux de présence des IDE du fait d'1 départ non encore remplacé et d'1 IDE en maladie durant les 2 mois. L'organisation en mode dégradé telle que définie, s'appuie en priorité sur l'IDEC. En son absence, il est mentionné qu'il est possible de recourir à des sociétés d'intérim ou des infirmières libérales. Il n'est pas précisé qu'il est possible de faire appel au Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) tel qu'évoqué dans le projet d'établissement. Cf. écart n°10.	AS/AES/AMP	La 2 ^{ème} AS volante prend le positionnement de l'AS absente, en attendant que le cadre d'astreinte trouve un remplacement, Si plusieurs AS/AMP/AES sont absents, en attendant leur remplacement → mise en place d'une réorganisation en interne. Les AS/ AMP / AES présents se redistribuent la charge de travail.	AH	L'agent du sous-sol prend l'étage de l'AH absent afin d'assurer la distribution des petits déjeuner le temps que le cadre d'astreinte parvienne à trouver un remplacement. Si absence de plusieurs agents hôteliers : en attendant leur remplacement, mise en place d'une réorganisation en interne avec soutien du responsable hôtelier.	
AS/AES/AMP	La 2 ^{ème} AS volante prend le positionnement de l'AS absente, en attendant que le cadre d'astreinte trouve un remplacement, Si plusieurs AS/AMP/AES sont absents, en attendant leur remplacement → mise en place d'une réorganisation en interne. Les AS/ AMP / AES présents se redistribuent la charge de travail.					
AH	L'agent du sous-sol prend l'étage de l'AH absent afin d'assurer la distribution des petits déjeuner le temps que le cadre d'astreinte parvienne à trouver un remplacement. Si absence de plusieurs agents hôteliers : en attendant leur remplacement, mise en place d'une réorganisation en interne avec soutien du responsable hôtelier.					
2.1.4.10	Qualifications, expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end Le croisement des éléments du RUP 2023, de l'organigramme de l'établissement et du tableau avec noms et dates d'obtention des diplômes met en évidence des informations contradictoires : - 2 agents des services logistiques en CDI notés dans le RUP 2023 ne sont pas identifiés dans l'organigramme de l'établissement ; - 2 ASH de nuit de l'équipe A mentionnés dans l'organigramme ne sont pas inscrits dans le RUP 2023 ; - 6 salariées ont la qualification d'AS dont 1 a remis une attestation de diplôme le 17/10/2023 ; une autre est enregistrée dans le RUP en tant qu'AS, mais son diplôme n'est pas noté dans le tableau idoine :	Écart 19 : La réalisation de tâches relevant du domaine du soin par des professionnels non diplômés et non formés contrevient aux articles L.311-3- 1° & 3° et D.312-155-0 du CASF.				

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- 2 des 3 AMP sont notées dans le tableau des diplômes, mais pas dans le RUP 2023 et le nom d'1 autre est indiqué dans le RUP 2023, mais pas dans le tableau des diplômes ; - 2 IDE contractuelles, ont travaillé en juin durant 8 jours, leurs noms ne sont pas enregistrés ni dans le tableau des diplômes ni dans le RUP 2023. Selon les documents communiqués, parmi les salariées contractuelles, il est identifié 1 AES, 2 AMP et des agents de services logistiques pouvant travailler en journée, mais aussi durant les week-ends et les nuits à la fois sur des postes de soignants et d'agents hôteliers. Ainsi, 2 salariées sont enregistrées en tant qu'agents de service logistique dans le RUP 2023. Leurs noms ne sont pas inscrits dans le tableau des IDE et AS avec noms et dates d'obtention de leurs diplômes : - La première a travaillé en tant que AS Volante1 (ASV1) durant 1 journée, puis a été positionnée en tant qu'AHN durant 13 nuits en juin, - La seconde a travaillé 7 jours en tant qu'AS, en juillet, y compris en tant que AS Volante1 ou 2, puis 3 nuits en qualité d'AHN. Selon la fiche heurée, les ASV1 sont chargées, entre autres d'aider à la prise des médicaments. Concernant les équipes de nuit, il est à noter le manque d'information concernant 2 salariées positionnées en tant qu'aide-soignante de nuit (ASN) : - Pour la première, aucune information dans le RUP 2023 ni dans le tableau des diplômes, - La seconde est inscrite dans le RUP en tant qu'AS, mais son diplôme n'est pas enregistré dans le tableau dédié ; cette salariée a été positionnée 1 nuit en tant qu'ASHN et les 4 autres de juin en tant qu'AHN 1. Le positionnement de salariées en équipe de soins, puis en équipe hôtelière la nuit interroge la Mission de contrôle. L'emploi alternatif la nuit sur des missions d'aide-soignant, puis d'agent hôtelier, sans précisions de leur qualification ne répond pas aux exigences de disposer d'une équipe pluridisciplinaire et ne permet pas de garantir la sécurité des soins fournis aux résidents, notamment les plus dépendants.	

Prises en charge

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

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
<u>La procédure d'admission</u>		
	L'établissement a bien fourni une procédure d'admission en date du 28/11/2023. La procédure prévoit une visite de pré-admission de l'établissement. Lors de la pré-admission un volet médical de 4 pages est demandé, celui-ci est transmis pour analyse au MedCo de l'établissement. Il peut ainsi évaluer si l'établissement a la capacité de prendre en charge de manière adéquate le futur résident d'un point de vue médical. Une rencontre entre le médecin coordonnateur, la famille et le résident est également prévue. Après avoir rassemblé tous les éléments relatifs à la candidature, la demande d'admission est étudiée en CODIR. En cas d'avis positif et d'acceptation par le candidat, la future chambre est préparée et le profil du résident est présenté aux équipes. Le jour de l'admission, les IDE récupèrent les traitements et la carte vitale du résident pour créer son dossier informatisé, les autres agents ainsi que la directrice le médecin coordonnateur et les thérapeutes se présentent. Une enquête de goût est également réalisée par le responsable hôtelier ou un agent. Une période d'adaptation de deux mois est prévue pour accompagner le résident. La procédure d'admission indique clairement que le consentement du résident est recherché : « L'admission est décidée par la personne âgée, ou en cas d'impossibilité, par sa famille (en aucune manière l'admission ne peut se faire sans le consentement de la personne âgée). » Le RAMA indique qu'il y a eu 51 visites de pré-admission en 2023 et au final 18 entrées.	
<u>Évaluation à l'admission</u>		Écart 20 : Il n'est pas précisé les évaluations pratiquées en équipe pluridisciplinaire à l'entrée du résident ce qui contrevient à l'article R.311-0-7 du CASF.
3.2.1.2	La procédure d'admission ne donne aucune précision à propos des évaluations médicales réalisées pour l'admission (évaluation Norton, Braden (douleur), chutes, escarres, déglutition...). Le RAMA ne contient pas non plus d'information à ce sujet.	
<u>Le PAI</u>		
3.1.3.3	<u>La procédure :</u>	Remarque 18 : Tous les PAI n'ont pas été réévalués en 2023.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La procédure « projet personnalisé » transmise indique que le PAI doit être effectué dans les 3 mois à 5 mois qui suivent l'admission. Le PAI est co-construit avec le résident, le psychologue rencontre le résident « afin de recueillir, avec son accord, des éléments sur son parcours de vie et ses premières attentes vis-à-vis de son accompagnement. » La procédure inclut le résident lors de plusieurs étapes et permet la demande de révision de son PAP si besoin. La procédure indique également que chaque PAI est ré-évalué annuellement. <u>Réalisation des PAI :</u> Les deux psychologues de l'établissement sont référents PAI, ils se partagent la coordination de la réalisation des PAI des résidents à raison de 35 résidents chacun. D'après la liste de réalisation de PAP par résident et le RAMA transmis, tous les résidents dispose d'un PAI, sauf 5 résidents qui viennent d'entrer (leur PAI est en cours d'élaboration). D'après le RAMA, tous les PAI n'ont pas été réévalués en 2023 (13 PAI n'ont pas été ré-évalués 170 résidents).	
3.1.4.4	<u>La Commission de Coordination Gériatrique :</u> L'établissement a fourni un compte-rendu pour la commission gériatrique 2022 et 2023. L'édition 2022 a abordé la question de la place du gériatre de l'EMG en EHPAD, les troubles du comportement, la fin de vie ainsi que la poly médication. L'édition de 2023 a vu des échanges sur l'antibiothérapie en EHPAD, la dépression du sujet âgé, la consommation médicamenteuse de l'année 2022 ainsi que le circuit du médicament. <u>Réunions de synthèses :</u> L'établissement a indiqué la tenue de réunions de synthèses suivantes : - « Un staff tous les lundis : impliquant l'équipe soignante du jour (MEDEC, IDEC, IDE, Psychomotricienne, psychologue, AS et ASG. L'objet étant : - Deux commissions « chutes » par an : impliquant le médecin coordonnateur et la psychomotricienne ; l'objet étant : bilan et analyse des chutes, - Un point régulier par le medec sur les poids ;	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	– Une réunion PASA tous les jeudis : impliquant le MEDEC, psychomotricienne et les 2 ASG ; l'objet étant : synthèses des suivis individuels des résidents accueillis au PASA ; – Une réunion d'équipe le mercredi et le vendredi avec l'IDEC et les aides-soignantes ; l'objet étant : sensibilisations et problématiques rencontrées. »	
3.1.4.5	Interventions des professionnels médicaux 19 médecins traitants interviennent dans la structure pour prendre en charge un total de 70 résidents (un médecin traitant suit 30 résidents et beaucoup d'entre eux ne suivent qu'un résident). 8 médecins réalisent leurs prescriptions sur le logiciel soins.	Remarque 19 : La totalité des médecins qui interviennent dans l'établissement ne tracent pas leur prescriptions dans le logiciel de soins.
2.5.4.3	Système d'appels-malade L'établissement analyse la performance du système d'appel malade via le Logiciel/ Les paramètres analysés sont : – Le nombre d'appel/d'occurrences (entre moins de 10 à quasiment 40 occurrences sur le mois transmis) – Le temps de réponse moyen en minutes aux appels malades par l'équipe soignante – Le temps de présence moyen en chambre, – Le temps d'assistance moyen à la suite d'un appel du résident, – Le temps moyen de réponse aux urgences (moyenne de 45 secondes sur deux appels)	
	Intervention des bénévoles L'établissement a transmis une charte des bénévoles qui définit leur cadre d'intervention dans la structure. Les bénévoles s'engagent à respecter les valeurs et les fondamentaux de l'EHPAD, ils assurent avec régularité leur activité en respectant un délai de prévenance raisonnable s'ils ne peuvent être présents, ils suivent régulièrement les actions de formation proposées, ils respectent les mesures barrières et de précautions sanitaires et ils acceptent les principes de l'organisation et les règles de fonctionnement de la résidence. Selon le projet d'établissement, la charte rappelle les valeurs institutionnelles de l'établissement. Chaque bénévole s'engage à les respecter par la signature de la charte.	

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Les droits du résident		
3.2.2.2 3.2.2.5	Le livret d'accueil de l'établissement renseigne sur les différents droits du résident, notamment les droits relatifs à la désignation d'une personne de confiance, la rédaction des directives anticipées. Le livret d'accueil rappelle qu'il est possible de se tourner vers une personne qualifiée de la liste départementale renseignée (les modalités de contact par mail ou courrier sont indiquées) pour que le résident fasse valoir ses droits. Le livret d'accueil ne mentionne pas la charte des droit et libertés de la personne accueillie, ni la charte de la personne âgée dépendante. Il n'explique pas non plus les droits relatifs à la liberté d'aller et venir, ni le recours possible à un médiateur de la consommation. Le contrat de séjour contient également des dispositions portant sur les droits du résident. Il rappelle le libre choix du médecin traitant, le recours possible à un médiateur de la consommation et en annexe les droits relatifs à la liberté d'aller et venir, le droit à l'image, et les droits associés à la protection des données personnelles.	Remarque 20 : Le livret d'accueil ne mentionne pas la charte des droit et libertés de la personne accueillie et la charte de la personne âgée dépendante.
Procédure relative aux contentions		
3.2.3.1	L'établissement a transmis : • Une annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir qui indique qu'en cas de prescription de contention que le consentement du résident concerné est recherché. • Une procédure de gestion de la contention physique. Celle-ci indique bien que chaque proposition de contention est prise sur avis médical. Celle-ci n'indique aucune durée au bout de laquelle une réévaluation de la contention est réalisée. Aucun bilan, ni analyse n'est rédigé dans le RAMA au sujet des contentions. La mission de contrôle n'a pas l'assurance que la réévaluation régulière des contentions mis en œuvre pour chaque résident est bien réalisée.	Écart 21 : L'absence de suivi et de réévaluation des contentions contreviennent aux dispositions de l'article R311-0-7 du CASF. Remarque 21 : Aucun bilan, ni analyse n'est rédigé dans le RAMA au sujet des contentions.

N° IGAS	Constat E/R
Convention EHPAD/Officine et circuit du médicament L'établissement a fourni une convention avec une officine signée le 08/11/2017. D'après cette convention : - L'établissement transmet les ordonnances au pharmacien dispensateur de l'officine. Les originaux des ordonnances sont transmis à la livraison pour apposer les mentions réglementaires. - Selon les besoins, notamment afin d'améliorer le bon usage des médicaments, des bilans trimestriels ou semestriels sur la dispensation des médicaments sont réalisés entre l'officine et les équipes soignantes de l'établissement. L'établissement a également transmis une procédure « circuit du médicament et prise en charge médicamenteuse du 19 juin 2024 » qui a pour objectifs de définir les rôles et responsabilités des professionnels participant à la prise en charge et au suivi du traitement du résident, de sécuriser le circuit du médicament à toutes les étapes et de prévenir les EIG en lien avec le circuit du médicament de l'EHPAD. Tout d'abord, la procédure présente les professionnels associés au circuit du médicament ainsi que leur rôles et responsabilités dans son organisation. Une IDE est référente circuit du médicament dans l'établissement. Ensuite, la procédure détaille les différentes étapes du circuit du médicament : -La prescription du médecin qui est faite prioritairement sur le logiciel de soins de l'établissement et mentionne clairement l'identité du patient, la date et la durée du traitement, l'identification et la signature du prescripteur ainsi que toutes les informations relatives au médicament (nom, dosage, forme galénique, posologie, voies d'administration, horaires et modalités d'administration, dilution ainsi que la surveillance associée) ; -La transmission de la prescription à la pharmacie par l'IDE par fax ou messagerie cryptée ; -La préparation et dispensation, la préparation des doses à administrer est faite par le pharmacien par robot ; -La livraison se fait au minimum une fois par jour du lundi au samedi et une IDE vérifie les traitements après chaque réception ; -La réception, le rangement et la gestion des stocks est ensuite assurée par l'IDE qui effectue un contrôle de cohérence entre la commande et la livraison puis qui assure que les médicaments soient conservés dans les locaux adaptés au sein du local pharmacie qui a un accès sécurisé ; Les stupéfiants sont livrés en main propre à l'IDE et sont stockés dans un coffre dédié avec suivi des entrées et sorties dans un cahier dédié ; -La distribution est assurée par les IDE le matin et le midi et délégué le soir aux AS avec préparation des traitements par l'IDE de l'après-midi ; La procédure indique également que les AS et IDE sont formées aux règles et bonnes pratiques en matière de distribution ; -Pour l'administration, la procédure commence par un rappel de l'identification et de la règle des 5B. L'IDE réalise l'acte d'administration avec le support de prescription et elle est enregistrée en temps réel. La prise effective est vérifiée et les difficultés d'administrations sont enregistrées. Le broyage des comprimés est réalisé exclusivement avec des outils adaptés juste avant la prise par le résident nécessitant cette mesure.	Remarque 22 : La convention EHPAD – officine de 2017 n'est plus en cohérence avec la procédure pour le circuit du médicament de 19 juin 2024, notamment sur les livraisons.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La procédure précise également que la délégation d'administration aux AS est possible uniquement pour les médicaments sous formes orales et pour les actes de la vie courante. En cas de délégation, l'IDE doit organiser la collaboration avec les AS ou AMP en s'assurant de leurs compétences et connaissances puis en transmettant les instructions nécessaires à l'administration. La convention avec l'officine de pharmacie n'est plus en cohérence avec la procédure pour le circuit du médicament de 19 juin 2024, notamment sur les livraisons.	
3.8.2.22	Délégation d'administration des médicaments par l'IDE L'établissement a transmis deux procédures pour le circuit du médicament : • Une procédure pour le circuit du médicament du 19 juin 2024. Cette procédure indique bien que la dispensation des médicaments par les AS est « <i>Limité aux médicaments sous formes orales et s'il s'agit d'acte de la vie quotidienne/courante.</i> » • Un modèle de protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS. Ce protocole ne détaille pas précisément pour les AS les actes à accomplir et les vigilances à avoir en cas de délégation d'administration des médicaments. La mission ne peut donc s'assurer de l'information qui est faite aux AS par les IDE pour préparer les délégations d'administration.	Écart 22 : Le protocole de délégation d'administration transmis ne contient pas le détail des actes à accomplir et des vigilances à avoir pour les AS en cas de délégation d'administration (Références : Article L313-26 CASF).
3.8.2.24	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur L'établissement a transmis une procédure d'évaluation et prise en charge de la douleur datée de février 2024. Cette procédure détaille trois évaluations de la douleur selon l'échelle EVA, Algoplus et Doloplus. Elle précise par ailleurs que le dépistage et l'évaluation de la douleur doivent se faire de façon systématique pour tous les actes de soins et actions d'accompagnement en EHPAD. La Mission de contrôle n'a pas la preuve que cette évaluation est réalisée de façon systématique. La procédure ne précise pas qu'en cas d'absence de douleur évoquée ou constatée, une évaluation par an sera réalisée pour chaque résident. Le RAMA 2023 indique que seuls 61 résidents ont bénéficié d'une évaluation de la douleur. D'après ce chiffre, la mission de contrôle constate que tous les résidents ne bénéficient pas d'une évaluation de douleur au moins une fois par an en cas d'absence de douleur évoquée ou manifestée par le résident.	Remarque 23 : La procédure de dépistage et de lutte contre la douleur ne précise pas qu'en cas d'absence de douleur évoquée ou constatée, une évaluation par an sera réalisée. Écart 23 : Le RAMA 2023 indique que seuls 61 résidents ont bénéficié d'une évaluation de la douleur ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Protocole soins palliatifs et fin de vie Le projet d'établissement fait mention d'une attention à l'accompagnement de fin de vie : « Nous sommes particulièrement attentifs à la gestion de la douleur et de l'anxiété de la personne et à l'association des proches dans l'accompagnement spécifique qui est proposé par l'équipe. Ainsi, lorsque l'état de santé de la personne se dégrade, une réunion collégiale réunissant le médecin coordonnateur, les IDE, le médecin traitant et la famille est organisée. »	
3.8.2.25	Il indique également que le cas échéant, les équipes soignantes de l'établissement sont soutenues par [REDACTED] (équipes mobiles de soins palliatifs) et/ou l'HAD. Le RAMA 2023 indique que le recours aux soins palliatifs a été nécessaire pour 12 résidents. L'établissement a transmis à la mission un protocole d'accompagnement et de gestion des symptômes liés à la fin de vie qui indique la conduite par les personnels ainsi les points fondamentaux à prendre en charge pour satisfaire les besoins du résident dans sa fin de vie. Le protocole prévoit les composantes de l'accompagnement physique et mental que le résident en fin de vie pourrait avoir et comment l'assister.	
3.4.3.9	Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel Le RAMA transmis indique que la totalité des résidents bénéficient d'un suivi mensuel de leur poids ainsi que d'un bilan nutritionnel. La liste des évaluations nominatives fournies indique que, sauf quelques exceptions, tous les résidents sont pesés mensuellement. Cela inclue les résidents qui sont arrivés dans l'EHPAD en 2024.	

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Personnels médicaux et paramédicaux libéraux	Observations ou commentaires	Constat E/R
4.2.1.2	3 kinésithérapeutes et une orthophoniste interviennent dans l'établissement. Chaque kinésithérapeute accompagne une vingtaine de résidents. D'après le planning fourni, la présence de kinésithérapeutes est assurée le lundi, mardi, mercredi, jeudi après-midi et vendredi (le matin une semaine sur deux).		

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

Écart 1 :	Le plan bleu transmis par l'établissement n'est pas complet au regard des textes en vigueur (Référence : l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD))	N° 12
Écart 2 :	L'IDEC de l'établissement n'est pas inscrit à l'Ordre National des Infirmiers ce qui contrevient à l'article R.4311-52 du CSP.	14
Écart 3 :	La non convocation des membres avec précision de l'ordre du jour dans un délai de 15 jours avant le CVS contrevient à l'article D 311-16 du CASF.	16
Écart 4 :	L'absence d'information relative à la représentation des personnes accompagnées et des familles au CVS ne permet pas de vérifier que les avis sont valablement émis et contrevient à l'article D311-17 du CASF.	16
Écart 5 :	L'absence de désignation d'un secrétaire de CVS par et parmi les personnes accompagnées contrevient à l'article D311-20 du CASF.	16
Écart 6 :	Les résultats des points soumis à vote des membres du CVS ne sont pas précisés dans les comptes rendus ce qui contrevient à l'article D311-17 du CASF.	16
Écart 7 :	Les références utilisées dans le livret d'accueil relatives à la liste des personnes qualifiées ne sont pas actualisées ce qui contrevient aux articles L311-5 du CASF et L311-3, 6° du CASF.	20
Écart 8 :	Il n'y a pas de procédure spécifique aux situations de violence ou de harcèlements sexuels. (Article L.311-3 1° & 3° du CASF)	22
Écart 9 :	L'établissement n'a pas fourni de procédure relative au traitement des situations de maltraitance à l'égard des résidents. (Article L.311-3 1° & 3° du CASF)	22
Écart 10 :	En ne déclarant pas systématiquement aux autorités administratives compétentes les dysfonctionnements graves, l'établissement contrevient à L. 331-8-1 et R.331-8 du CASF.	27
Écart 11 :	L'effectif d'IDE est insuffisant au regard des besoins de prises en charge en soins des résidents (Article L..311-3 1° & 3° du CASF).	29
Écart 12 :	La programmation de la présence d'une seule IDE chaque week-end ne permet pas de garantir la sécurité des soins pour les personnes accompagnées et contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.	35
Écart 13 :	L'insuffisance régulière du nombre d'IDE présentes ne permet pas de garantir la sécurité et la qualité des soins aux résidents, ce qui contrevient à l'article Article L.311-3 1° & 3° du CSP.	36
Écart 14 :	L'insuffisance d'Aide-Soignant de nuit ne permet pas de garantir la sécurité et la qualité des soins aux résidents la nuit, ce contrevient à l'article L.311-3 1° & 3° du CASF.	36

Écart 15 :	Une fois l'administration des médicaments réalisée par les AS, il n'est pas précisé qui assure la traçabilité dans TITAN, ce qui contrevient à l'article L.311-3, 1° du CASF.	38
Écart 16 :	La Mission ne peut déterminer si les aides-soignants diplômés autorisés à distribuer les médicaments ont reçu une formation délivrée par l'infirmière. (Référence Article R4311-5 du CSP)	38
Écart 17 :	La réalisation de toilette par des AES ou AMP et non d'aide à la toilette de résidents contrevient à l'article L.311-3 du CASF.	38
Écart 18 :	Les conditions de fonctionnement de l'équipe soignante ne permettent pas de s'assurer qu'il n'existe pas de glissement de tâches au sein de l'équipe soignante. (Cf. Articles L.4391-1 et R.4311-1 du CSP, L311-3 1°, L.451-1, D.312-155-0 2° et D.451-88 & 89 du CASF)	41
Écart 19 :	La réalisation de tâches relevant du domaine du soin par des professionnels non diplômés et non formés contrevient aux articles L.311-3- 1° & 3° et D.312-155-0 du CASF.	42
Écart 20 :	Il n'est pas précisé les évaluations pratiquées en équipe pluridisciplinaire à l'entrée du résident ce qui contrevient à l'article R.311-0-7 du CASF.	44
Écart 21 :	L'absence de suivi et de réévaluation des contentions contreviennent aux dispositions de l'article R311-0-7 du CASF.	47
Écart 22 :	Le protocole de délégation d'administration transmis ne contient pas le détail des actes à accomplir et des vigilances à avoir pour les AS en cas de délégation d'administration (Références : Article L313-26 CASF).	49
Écart 23 :	Le RAMA 2023 indique que seuls 61 résidents ont bénéficié d'une évaluation de la douleur ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP.	49

Remarques

Remarque 1 :	Le projet d'établissement n'est pas signé par l'organisme gestionnaire.	11
Remarque 2 :	L'organigramme de l'établissement ne fait pas ressortir les liens hiérarchiques et fonctionnels.	13
Remarque 3 :	La présentation des EI et EIG sous forme de bilan annuel au CVS ne permet pas de s'assurer que les actions correctrices sont mises en œuvre et présentées.	18
Remarque 4 :	Une formation à la démarche qualité dispensée à l'ensemble des professionnels est annoncée en CVS et ne donne pas lieu à inscription dans le plan de développement des compétences.	18
Remarque 5 :	La procédure de gestion des EI/EIG ne mentionne pas l'obligation de signalement au procureur lorsqu'il s'agit d'une suspicion de maltraitance, de situations de violences, de harcèlements sexuels ou de situations d'agression.	24
Remarque 6 :	Le plan de développement des compétences 2024 et 2025 ne prévoient pas de formation sur la déclaration des EI/EIG contrairement à la mention du PACQ 2024.	25
Remarque 7 :	Seul un seul RETEX a été transmis lors du présent contrôle alors que deux EIG ont été mentionnés.	26
Remarque 8 :	Des mauvais classements d'EI ont été constatés à la lecture de la liste des EI 2023-2024.	26
Remarque 9 :	Le taux d'ETP annoncé ne correspond pas à celui de l'EPRD 2023.	28
Remarque 10 :	Les documents communiqués à la Mission de contrôle ne permettent pas d'avoir une vision exacte de la situation RH de l'établissement.	28
Remarque 11 :	L'instabilité de l'équipe soignante ne favorise pas la prise en charge individualisée des résidents.	28
Remarque 12 :	La Mission de contrôle ne peut s'assurer que les plans de développement des compétences présentés sont mis en œuvre et si tous les professionnels ont accès aux actions de formation.	32
Remarque 13 :	L'établissement ne propose pas de formation au repérage de la maltraitance, la prise en charge de la douleur, aux troubles du comportement et aux troubles sensoriels.	33
Remarque 14 :	Aucun document n'a été communiqué à la Mission de contrôle permettant de s'assurer de la mise en œuvre des groupes d'analyses de pratiques professionnelles.	33
Remarque 15 :	Les documents transmis à la mission contrôle ne permettent de s'assurer que les contractuels recrutés pour remplacer du personnel soignant ont bien le diplôme requis pour exercer leurs tâches.	35

Remarque 16 : La fiche de tâches heureées est commune pour les aides-soignants, les accompagnants éducatifs et sociaux et les AMP.	38
Remarque 17 : Il est fait référence à une IPA dans la fiche de tâches heureées des IDE. Ce poste n'est mentionné ni dans l'organigramme ni dans le RUP 2023.	39
Remarque 18 : Tous les PAI n'ont pas été réévalués en 2023.	44
Remarque 19 : La totalité des médecins qui interviennent dans l'établissement ne tracent pas leur prescriptions dans le logiciel de soins.	46
Remarque 20 : Le livret d'accueil ne mentionne pas la charte des droit et libertés de la personne accueillie et la charte de la personne âgée dépendante.	47
Remarque 21 : Aucun bilan, ni analyse n'est rédigé dans le RAMA au sujet des contentions.	47
Remarque 22 : La convention EHPAD – officine de 2017 n'est plus en cohérence avec la procédure pour le circuit du médicament de 19 juin 2024, notamment sur les livraisons.	48
Remarque 23 : La procédure de dépistage et de lutte contre la douleur ne précise pas qu'en cas d'absence de douleur évoquée ou constatée, une évaluation par an sera réalisée.	49

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD « Antoine PORTAIL », géré par l'Association Monsieur VINCENT a été réalisé le 19 juillet 2024 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La Mission de contrôle a constaté qu'un certain nombre de points répondaient aux attendus tant en matière de respect de la réglementation que de mise en œuvre de bonnes pratiques professionnelles.

Ainsi, l'établissement dispose d'un très bon taux d'occupation, ce qui met en évidence une dynamique dans l'accueil de nouveaux résidents, alors même que la répartition de ces résidents selon leur GIR montre une forte présence des GIR 1 à 3, [REDACTED] ce qui dénote un taux élevé de dépendance et induit une prise en charge plus contraignante nécessitant davantage de soins.

En matière de gouvernance, la présence d'un trio de tête composé de la directrice, du médecin coordonnateur et de la cadre infirmière permet d'assurer un suivi régulier et un encadrement permanent. Cela transparait également dans les outils développés par l'établissement, tels que le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement où sont mises en évidence les valeurs portées par l'association.

Cela se traduit par un dialogue ouvert avec les résidents et leur famille, notamment par la tenue régulière du Conseil de la Vie Sociale, mais également par le suivi et le traitement des réclamations, et l'organisation d'enquêtes de satisfaction. Les éléments issus de ces échanges alimentent le projet d'amélioration continue de la qualité porté par la direction dont le suivi est régulier et le lien avec les évaluations est assuré.

Ces actions trouvent leur cohérence dans la politique de bientraitance promue au sein de l'établissement. Le plan de développement des compétences vient en appui de cette politique en proposant une offre étendue de formations à destination de l'ensemble des professionnels. La Mission de contrôle s'interroge sur le lien possible à établir avec un taux de rotation du personnel et un taux d'absentéisme bien inférieurs à la moyenne régionale.

Du côté de l'accueil des résidents, des outils ont été également développés, notamment la procédure d'admission, claire et structurée, qui recherche le consentement du postulant. Le livret d'accueil présente l'établissement et l'ensemble des droits du résident. Ensuite, la mise en œuvre d'un projet d'accueil individuel est assurée et dans l'ensemble renouvelé régulièrement. Dans le cadre des soins, l'équipe soignante assure un suivi régulier de la dénutrition et dispose d'un protocole complet de prise en charge de la fin de vie.

Cependant, la Mission de contrôle a constaté des dysfonctionnements puisqu'elle relève 22 écarts et 24 remarques.

Si l'établissement peut rapidement répondre aux défauts de quelques règles de formalisme, comme la non signature du projet d'établissement, l'actualisation de la liste des personnes qualifiées dans le livret d'accueil, l'absence des liens hiérarchiques et fonctionnels dans l'organigramme ou la non inscription de l'infirmière cadre à l'Ordre Infirmier, d'autres points méritent une attention soutenue.

Ainsi, le respect des règles de fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale doit garantir que l'instance fonctionne de façon valable et permet de recueillir les avis des résidents et de leur famille. Pour cela, l'absence de convocation des membres, l'absence d'information relative à la représentation des personnes accompagnées et des familles, le manque de précisions dans l'ordre du jour, l'absence de vote ou de désignation d'un secrétaire de séance ne permettent pas de s'en assurer. La direction doit également favoriser le suivi des événements survenus au sein de l'établissement en présentant régulièrement les actions correctives menées dans cette instance.

C'est pourquoi, la direction doit porter une attention toute particulière au traitement des dysfonctionnements et événements indésirables en les déclarant systématiquement aux autorités de tutelles, en veillant au respect de la réglementation en la matière, particulièrement dans le classement entre EI et EIG, en formant le personnel et en formalisant un Retex lorsque cela est nécessaire. L'absence de mention de l'obligation de signalement au procureur lorsqu'il s'agit d'une suspicion de maltraitance, de situations de violences, de harcèlements sexuels ou de situations d'agression dans la procédure de gestion des EI/EIG révèle une

mauvaise compréhension dans la finalité de ces déclarations et la nécessité pour la direction d'engager une réflexion sur ce sujet.

La direction doit garantir également le respect des droits et libertés de la personne accueillie et plus particulièrement de la personne âgée dépendante, c'est pourquoi les chartes correspondantes sont à inclure dans le livret d'accueil. La protection des résidents s'inscrit également dans la mise en œuvre d'une procédure spécifique aux situations de violence ou de harcèlements sexuels et d'une procédure relative au traitement des situations de maltraitance.

Dans le domaine du soin, la direction doit veiller à mettre en évidence l'ensemble des évaluations pratiquées en équipe pluridisciplinaire à l'entrée dans l'établissement, ceci afin de s'assurer que le projet d'accompagnement individualisé s'accorde à l'ensemble des besoins de la personne accueillie. Son réexamen systématique une fois par an répond à cette exigence de qualité dans la prise en charge ; de même que le suivi, la réévaluation, le bilan et l'analyse des contentions, une évaluation systématique de la douleur de l'ensemble des résidents y compris son renouvellement en l'absence de douleur constatée.

Dans la continuité des soins, l'équipe soignante devra porter une attention renouvelée pour assurer la traçabilité de l'administration des médicaments, tout en veillant à la formation des aides-soignants en charge par délégation de la distribution des traitements et à mettre en cohérence la procédure avec l'officine et le circuit du médicament afin de renforcer l'identitovigilance et sécuriser les soins sur ce point. En prolongement de cette sécurisation, les médecins traitants veilleront à tracer leurs prescriptions dans le logiciel de soins.

La situation des ressources humaines de l'établissement est une préoccupation majeure. Au-delà des incohérences en matière d'effectif qui ne permettent pas d'avoir une vue fiable sur la situation de l'établissement, la présence infirmière est insuffisante au regard des besoins de prise en charge des résidents, que ce soit de l'effectif global, de façon structurelle le week-end ou des effectifs présents en semaine ; situation renforcée par l'insuffisance du nombre d'aide-soignant la nuit. De plus, la réalisation d'une fiche de tâches hebdomadaires commune aux aides-soignants et accompagnants éducatifs et sociaux (ex AMP), la réalisation de la toilette au lit indifféremment par ces professionnels, la non possibilité de s'assurer que le personnel en contrat court dispose des qualifications requises ne permet pas d'exclure des glissements de tâches. L'absence de formation au repérage de la maltraitance, à la prise en charge de la douleur, aux troubles du comportement et aux troubles sensoriels, ainsi que l'absence d'assurance de mise en œuvre des groupes d'analyse de pratiques concourent à fragiliser la prise en charge et l'accompagnement individualisé des résidents. Ceci d'autant plus que l'insuffisance structurelle de l'équipe soignante contribue à son instabilité et est de nature à remettre en cause la sécurité des soins.

Ces constats nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent rapidement des actions de corrections en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge et de sécuriser les soins.

Paris, le 20 mars 2025.

Monsieur Frédéric MUSSO,
Coordinateur de la Mission de contrôle,
Responsable de la Mission Inspection 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



Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



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

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

Affaire suivie par : Frédéric MUSSO
Et Conrad LAJUSTICIA

Mail : [REDACTED]

Monsieur Frédéric MUSSO, coordonnateur de la mission de contrôle, responsable de la mission d'inspection des ESMS parisiens, Sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

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

Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet inspection EHPAD, Délégation départementale de Paris, ARS Île-de-France

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

Saint-Denis, le 19 juillet 2024

Mesdames, Messieurs,

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

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

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur pièces de l'EHPAD Antoine Portail (FINESSE géographique 750048332) situé au 88 rue du Cherche-Midi, 75006 Paris, géré par l'Association Monsieur Vincent, qui sera mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

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

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 48 00 00 00
bedefrance.ars.santie.fr

94980 Quai de la République
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

- Monsieur Frédéric MUSSO, coordonnateur de la mission de contrôle, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désigné sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;

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

- Madame Dalhia ELENGA, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris ;
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, désigné personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, 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 ;

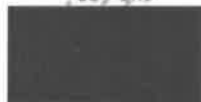
Le contrôle, sur pièces, sera réalisé à compter du 19 juillet 2024. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. La mission pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

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

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

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

La Directrice adjointe de la Délégation départementale
de Paris



Pour la Mairie de Paris et par délégation,

La Dire



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)	Oui
Q1	2	Grilles de suivi du nombre de journées réalisées pour chaque activité (dont PASA et UHR le cas échéant) pour l'année N-1 et le jour du contrôle	Non
Q1	3	Projet spécifique du PASA	Oui
Q1	4	Dernier programme d'activités du PASA	Oui
Q2	5	Règlement de fonctionnement	Oui
Q2	6	Plan des locaux de l'établissement	Oui
Q2	7	Projet d'établissement	Oui
Q2	8	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)	Oui
Q2	9	Organigramme comportant les noms et temps de travail des personnels (Excel si possible)	Oui
Q2	10	Diplôme du directeur de l'EHPAD	Oui
Q2	11	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD	Oui
Q2	12	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	Oui
Q2	13	Procédures et/ou convention d'astreinte	Oui
Q2	14	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois + légende (Excel)	Oui
Q2	15	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	Oui
Q2	16	IDEC : Contrat de travail, fiche de poste ou feuille de route, Diplôme d'IDE et de Cadre de santé, Inscription à l'ordre des infirmiers	Oui
Q2	17	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, le dernier bulletin de salaire	Oui
Q3	18	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS	Oui
Q3	19	Les comptes rendus des CVS N et N-1	Oui
Q4	20	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation (PACQ)	Oui
Q4	21	Dernière évaluation externe	Oui
Q4	22	Dernière évaluation interne	Oui
Q4	23	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2	Oui
Q4	24	La procédure portant sur les situations de violences ou de harcèlements sexuels dans l'établissement	Oui
Q4	25	La procédure portant sur les signalements en cas d'agression et de maltraitance dans l'établissement	Oui
Q5	26	Registre des plaintes et réclamations	Oui
Q5	27	Les trois dernières réclamations et leur traitement	Oui
Q5	28	Procédure de gestion des événements indésirables et événements indésirables graves	Oui
Q5	29	Liste des EI et EIG des années N-1 et N	Oui
Q5	30	Liste des signalements au Procureur de la République des années N-1 et N	Oui
Q5	31	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les trois derniers EIG	Oui
Q6	32	Registre du personnel N-1 & N-2 comportant les indications sur les ETP (Excel)	Oui
Q6	33	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir + ETP (Excel)	Oui
Q6	34	Tableau avec les noms et la date d'obtention des diplômes des IDE et AS de l'établissement (Excel)	Oui
Q6	35	Plan de développement des compétences (formation internes et externes) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1 (Excel si possible)	Oui
Q6	36	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)	Oui
Q6	37	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit + Légende (Excel)	Oui
Q6	38	Une fiche de tâches heurées, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AES (ou AMP), ASG, IDE	Oui

Q6	39	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	Oui
Q7	40	Procédure d'admission des résidents	Oui
Q7	41	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)	Oui
Q7	42	Les 2 derniers CR de la commission de coordination gériatrique	Oui
Q7	43	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	Oui
Q7	44	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (Excel disponible sur Collecte Pro)	Oui
Q7	45	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)	Oui
Q8	46	Livret d'accueil du résident	Oui
Q8	47	Contrat de séjour type et ses annexes	Oui
Q8	48	Procédure relative aux contentions	Oui
Q8	49	RAMA	Oui
Q9	50	Convention pharmacie EHPAD (sauf PUI) et procédure du circuit du médicament	Oui
Q9	51	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	Oui
Q9	52	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	Oui
Q9	53	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	Oui
Q9	54	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	Oui
Q10	55	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).	