

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

«Assomption»

19 rue de l'Assomption 75016 Paris

N° FINESS 750068959

RAPPORT DE CONTRÔLE

N°2024_IDF_00033

Contrôle sur pièces du 15/11/2024

Mission conduite par

- Madame Christel ROUGY, coordinatrice de la mission d'inspection, ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Madame Florence PEKAR, chargée de contrôle des ESMS Parisiens, Sous-direction de l'Autonomie Direction des Solidarités, Ville de Paris

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	7
Contexte de la mission du contrôle	7
Modalités de mise en œuvre	7
Présentation de l'établissement	8
Constats	10
Gouvernance	11
Conformité aux conditions de l'autorisation	11
Management et Stratégie	12
Animation et fonctionnement des instances	16
Gestion de la qualité	17
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	19
Fonctions support	20
Gestion des ressources humaines	20
Prises en charge	32
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	32
Respect des droits des personnes	34
Soins	36
Relations avec l'extérieur	39
Coordination avec les autres secteurs	39
Récapitulatif des écarts et des remarques	40
Écarts	40
Remarques	41
Conclusion	42
Glossaire	44
Annexes	45
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	45
Annexe 2 : Liste des documents demandés	47

Synthèse

Données générales sur l'établissement

Nom	Assomption	Capacité hébergement permanent	68
Adresse	19 rue de l'Assomption	Places habilitées aide sociale	0
Arrondissement	75016	Présence d'une UVP	0
Gestionnaire	ORPEA - EMEIS	Places en UHR	0
Statut juridique	Privé lucratif	Places en PASA	0

CPOM en négociation

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.

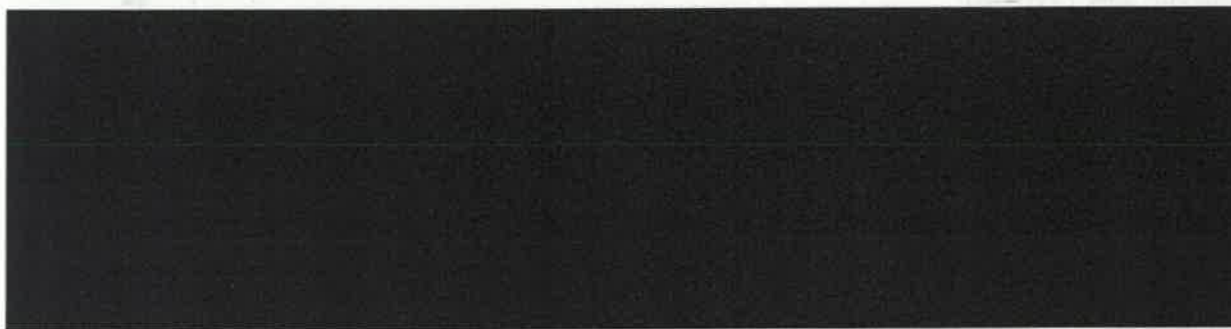
Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Le contrôle a été réalisé le 15 novembre 2024 par l'ARS et la Ville de Paris et annoncé par courriel du 15 novembre 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



Ecarts et Remarques constatés par la mission :

Ecarts :

- **Écart 1 :** Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95% (Article l'article R314-160 du CASF et Arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R.314-160 du CASF).
- **Écart 2 :** L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement valide, ce qui contrevient aux articles L311-8 du CASF, D311-38 du CASF, D312-160 CASF, R314-88 1° du CASF.
- **Écart 3 :** Le plan bleu transmis n'est pas conforme aux prescriptions de l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

- **Écart 4 :** La mission note que le directeur ne consacre pas 100% de son temps de travail à la résidence Assomption, ce qui ne permet pas d'assurer l'ensemble de ces missions au sens de l'article D.312-155-0 du CASF.
- **Écart 5 :** Il n'a pas été transmis à la mission le document de délégation de signature du directeur de l'EHPAD envers la directrice adjointe, ce qui contrevient à l'article D315-67 CASF.
- **Écart 6 :** La composition du CVS indiquée dans le règlement intérieur ne respecte pas l'article D311-5 du CASF et la garantie de l'équilibre des présents n'est pas assurée à chaque séance selon le même article.
- **Écart 7 :** Le représentant de l'organisme gestionnaire au CVS ne peut être le directeur, ni l'adjoint de direction (D311-9 du CASF : « Le directeur ou son représentant siège avec voix consultative. »).
- **Écart 8 :** Le directeur ne peut signer le compte-rendu du CVS, il doit être signé par le président (Article D311-20 du CASF).
- **Écart 9 :** En ayant recours de manière importante aux personnels en CDD, la direction de l'établissement ne pourvoit pas de manière durable et permanente certains postes de soignants, ce qui est de nature à remettre en cause la sécurité de la prise en charge des résidents (Article L.311-3 3° du CASF)
- **Écart 10 :** L'instabilité de l'équipe impacte la qualité de la continuité des soins ainsi que la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° et 3° du CASF.
- **Écart 11 :** Une fiche de tâche hebdomadaire est commune aux aides-soignants et AMP. La mission ne peut s'assurer qu'il n'existe pas de glissement de tâches entre ces professionnels, ce qui contrevient aux articles L.311.1& D.312-150-0, II du CASF.
- **Écart 12 :** La liste des AS habilitées à l'aide à la prise de médicaments ou la preuve de leur formation n'a pas été fournie (L313-26 CASF).
- **Écart 13 :** Le tableau des évaluations médicales nominatif n'indique pas les évaluations de la douleur pour chacun des résidents. La mission de contrôle ne peut vérifier que chaque résident a bénéficié d'au moins une d'évaluation de la douleur par an, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP.
- **Écart 14 :** La liste des évaluations nominatives fournies indique que le suivi mensuel des poids n'est pas systématiquement réalisé pour l'ensemble des résidents sans en fournir d'explication (recommandations des bonnes pratiques HAS-10/11/2021 : Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus).

Remarques :

- **Remarque 1 :** L'aspect soin interne à l'établissement et fin de vie ne sont pas abordés dans le règlement de fonctionnement.
- **Remarque 2 :** Le président n'apparaît pas dans les comptes-rendus et il doit ouvrir la séance. Il n'est pas précisé que les autres membres sont absents (indiquer le collège et pas seulement le nom).
- **Remarque 3 :** La mission de contrôle note que la présentation des EI et réclamations au CVS n'est pas exhaustive.
- **Remarque 4 :** La mission ne peut déterminer le temps de travail du directeur et du psychologue au sein de l'établissement.
- **Remarque 5 :** L'établissement n'a pas fourni d'élément concernant l'emploi de personnel en intérim.
- **Remarque 6 :** L'établissement ne propose pas de formation sur la prise en charge de la douleur, de la fin de vie, aux troubles du comportement et aux troubles sensoriels.
- **Remarque 7 :** L'établissement n'a pas instauré pour les personnels soignants de temps d'échanges sur l'analyse de pratiques ou de groupes de parole.
- **Remarque 8 :** Les missions de l'ASR ne sont pas expliquées.

- **Remarque 9 :** La fiche de procédure de remplacement en cas d'absence de personnel soignant est à compléter.
- **Remarque 10 :** Le RAMA 2023 n'indique pas le nombre d'avis rendus par le MedCo pour les admissions.
- **Remarque 11 :** Ni les procédures d'admission, ni le RAMA 2023 ne donne d'indication sur l'évaluation médicale réalisée par le MedCo avant l'admission d'un nouveau résident.
- **Remarque 12 :** Aucune donnée fournissant le temps de réponse moyen aux appels malade n'a été fournie.
- **Remarque 13 :** Les cas pratiques d'urgence pour la pause de contention ne sont pas mentionnés dans la procédure.

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

Introduction

Contexte de la mission du contrôle

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD Assomption, situé à 19 rue de l'Assomption 75016 Paris, n° FINESS 750068959, 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 ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan :

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

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines (RH)

PRISE EN CHARGE

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

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces à partir du 15/11/2024, avec à l'établissement le même jour.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 15/11/2024. Un e-mail a été transmis à la direction le 15/11/2024, 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 19 rue de l'Assomption 75016 Paris, l'EHPAD Assomption est géré par «ORPEA - EMEIS».

Ouvert en mars 2023, l'EHPAD «Assomption» dispose de 68 places en hébergement permanent. Il n'est pas habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Il a été créé par le regroupement de 68 places d'hébergement des résidences Les Musiciens, Saint Jacques et Castagnary (arrêté du 16 octobre 2017 portant création de la résidence Assomption). Il dispose d'une unité grand dépendant (UGD) et d'une unité soins adaptés (USA) pour Alzheimer.

Les 54 résidents accueillis en 2024 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
2024					
IDF ¹ 2021	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Le budget de fonctionnement est de 1 198 192 € en 2023 dont 372 885,00 € au titre de l'hébergement et 825 307 € au titre du soin.

¹ La médiane d'Île-de-France issue du tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2022 sur les données de 2021)

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Assomption		
Nom de l'organisme gestionnaire	ORPEA – EMEIS		
Numéro FINESS géographique	750068959		
Statut juridique	Privé		
Option tarifaire	Tarif global		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ²	68	
	HT ³	0	
	UVP ⁴	0	
	PASA ⁵	0	
	UHR ⁶	0	
	UPHV ⁷	0	
	AJ ⁸	0	
	AN ⁹	0	
	PFR ¹⁰	0	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0		

² Hébergement permanent³ Hébergement temporaire⁴ Unité de vie protégé / unité protégé⁵ Pôle d'activité et de soins adaptés⁶ Unité d'hébergement renforcée⁷ Unité pour personnes âgées vieillissantes⁸ Accueil de jour⁹ Accueil de nuit¹⁰ Plateformes d'accompagnement et de répit

Constats

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

La grille est renseignée de la façon suivante : O / C (Oui / Conforme), N / NC (Non / Non Conforme).

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 L'établissement comprend 68 chambres réparties sur 6 niveaux d'hébergement : 45 lits d'hébergement permanent (HP) « traditionnels », 12 lits HP en unité soins adaptés (USA) pour Alzheimer ou apparentés, 11 lits HP pour personnes âgées fragilisées en grande dépendance en (unité grands dépendants (UGD)). L'arrêté du 16 octobre 2017 portant création de la résidence Assomption par le regroupement de 68 places d'hébergement des résidences Les Musiciens, Saint Jacques et Castagnary. L'établissement a ouvert le 1^{er} mars 2023. Le jour du contrôle, l'établissement comptait 59 résidents pour une autorisation de 68 places en hébergement permanent, soit un taux d'occupation de 86,7%. Ce taux est inférieur à 95%.	Écart 1: Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95% (Article l'article R314-160 du CASF et Arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R.314-160 du CASF).																		
1.1.3.1	Répartition des résidents en fonction du GIR La répartition des GIR 1 à 6 est la suivante : <table><thead><tr><th>GIR</th><th>Nombre de résidents</th><th>%</th></tr></thead><tbody><tr><td>GIR 1</td><td>0</td><td></td></tr><tr><td>GIR 2</td><td></td><td></td></tr><tr><td>GIR 3</td><td></td><td></td></tr><tr><td>GIR 4</td><td></td><td></td></tr><tr><td>GIR 5 et 6</td><td></td><td></td></tr></tbody></table> 1 résident n'est pas giré La répartition des GIR est donc conforme à la réglementation en vigueur.	GIR	Nombre de résidents	%	GIR 1	0		GIR 2			GIR 3			GIR 4			GIR 5 et 6			
GIR	Nombre de résidents	%																		
GIR 1	0																			
GIR 2																				
GIR 3																				
GIR 4																				
GIR 5 et 6																				

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
<u>Le règlement de fonctionnement</u>		
1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement est annexé au livret d'accueil. Il porte sur les éléments suivants : - Règles d'admission (démarches administratives, admission) ; - Déroulement du séjour (sécurité et responsabilité, sécurité des biens et des objets, intervenants paramédicaux et médicaux extérieurs) ; - Droits et liberté du résident (CVS, commission de restauration, participation au projet de vie collective et animation, liberté de culte, confidentialité données et accès dossier médical) ; - Règles de vie en collectivité (relation avec autrui, possibilité d'avoir un animal de compagnie). Le Règlement de Fonctionnement précise que l'infirmière de la résidence assure le suivi des prescription médicales et la coordination des soins dispensés par des intervenants extérieurs et/ou le médecin coordinateur. L'aspect soins internes à l'EHPAD n'est pas abordé dans le règlement de fonctionnement qui mentionne « lors de l'entrée dans l'établissement et au cours du séjour, les aides et soins qui seront apportés sont exposés au résident, à son représentant légal et/ou sa famille ». L'accompagnement en fin de vie n'est pas évoqué.	Remarque 1 : L'aspect soin interne à l'établissement et fin de vie ne sont pas abordés dans le règlement de fonctionnement.
<u>Le projet d'établissement</u>		
1.2.1.4	Le projet d'établissement est en cours d'élaboration. La communication a été effectuée au CVS du 21/10/2024 et dans le numéro de novembre 2024 de « les nouvelles de l'Assomption ». La démarche de PE a été présentée au CVS du 21/10/2024. L'établissement a transmis un document contenant les objectifs et le rétro planning de la démarche : - 16 octobre : présentation de la démarche aux résidents et aux proches (fiche émargement transmise : 30 personnes présentes dont une majorité de résidents), - 21 octobre : présentation de la démarche au CVS (PV CVS du 21/10/2024), - 22 octobre : lancement d'appels à candidature pour des groupes de travail, - 8 novembre : début des groupes de travail, - Présentation du PE aux résidents en avril 2025.	Écart 2 : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement valide, ce qui contrevient aux articles L311-8 du CASF, D311-38 du CASF, D312-160 CASF, R314-88 1° du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les appels à candidature pour la participation du personnel aux groupes de travail thématiques d'élaboration au projet institutionnel, au projet d'animation (15/11), projet de soins, USA, UGD, projet éthique ont été lancé ou vont l'être entre novembre 2024 et janvier 2025, par voie d'affichage. Le rétroplanning des groupes de travail thématiques a été transmis : Ceux-ci sont prévus de novembre 2024 au 31 janvier 2025.	
1.2.1.6	Le plan bleu Un plan bleu, daté de mai 2024, a bien été transmis par l'établissement, ainsi que les fiches actions annexées. Les procédures suivantes sont manquantes dans le plan bleu transmis : • procédure en cas de rupture d'électricité, • procédure de gestion des décès massifs, • procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan.	Écart 3 : Le plan bleu transmis n'est pas conforme aux prescriptions de l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
1.2.2.1	Organigramme de la structure L'établissement a fourni un organigramme qui est structuré et fait apparaître les liens hiérarchiques. Les ETP y figurent. L'organigramme fait apparaître ● ETP en considérant que le directeur exerce ses fonctions à 50% comme l'indique son contrat de travail. S'y ajoutent 1 apprentie de direction et 1 apprentie psychomotricienne.	
1.2.2.6	Directeur de l'établissement Le directeur est en poste dans le groupe Orpéa [REDACTED] [REDACTED] La Mission note que le directeur ne consacre pas 100% de son temps de travail à la résidence Assomption, ce qui ne permet pas d'assurer l'ensemble de ces missions au sens de l'article D.312-155-0 du CASF. Une fiche métier générique de directeur d'exploitation a été transmise. Elle est signée par le Directeur d'Assomption.	Écart 4 : La mission note que le directeur ne consacre pas 100% de son temps de travail à la résidence Assomption, ce qui ne permet pas d'assurer l'ensemble de ces missions au sens de l'article D.312-155-0 du CASF.
1.2.2.7	Diplômes du directeur	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le directeur est titulaire d'un diplôme [redacted] conforme à la réglementation.	
1.2.2.8	Astreintes administratives L'établissement a transmis une fiche générique du groupe Orpéa « politique à appliquer en matière d'encadrement au sein de la SA ORPEA ». Cette fiche est généraliste et rappelle les principes généraux de l'astreinte au sein du groupe. (Définition, personnel concerné, rémunération...). Les plannings des astreintes de direction de septembre, octobre et novembre 2024 indiquent que les astreintes sont assurées par 4 personnes chaque mois : en alternance par le directeur, le directeur adjoint, l'IDEC et l'assistante de direction.	
1.2.2.10	Délégation de pouvoirs Il a été transmis à la mission un document intitulé « délégation de compétences et de mission confiées à M. Le Directeur de l'EHPAD Assomption », signé par le directeur et le directeur général du groupe Orpéa le 23/02/2023. Ce document-fiche décrit les différents domaines de compétences du directeur : - Conduire la définition et la mise en œuvre du projet d'établissement, - Gérer et animer les ressources Humaines (dont la signature des contrats des salariés), - Assurer la gestion budgétaire, financière et comptable, - Coordonner les relations avec les institutions et intervenants extérieurs. Pour remplir l'ensemble de ces missions, le Directeur de l'EHPAD travaille en collaboration avec les services supports d'ORPEA (Direction Qualité, Direction Médicale, Direction Ressources Humaines, Service Restauration, Direction des Travaux ...), sous la responsabilité de La Direction Générale. L'établissement n'a pas transmis de Document Unique de Délégation (DUD) concernant le Directeur, ce qui ne permet pas de mesurer les missions et compétences exercées par la directrice adjointe en l'absence du directeur à temps partiel sur l'établissement. Voir supra 1.2.2.6	Écart 5 : Il n'a pas été transmis à la mission le document de délégation de signature du directeur de l'EHPAD envers la directrice adjointe, ce qui contrevient à l'article D315-67 CASF.
1.2.2.12	Présence et qualifications de l'IDEC L'infirmière coordonnatrice (IDEC) est recrutée [redacted] en CDI à temps plein à la résidence Chaillot du groupe. Elle exerce ses fonctions d'IDEC à la résidence Assomption [redacted]	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Elle possède un diplôme d'état d'infirmier [REDACTED] Une attestation de l'inscription de l'IDEC au répertoire ADELJ a été transmise. L'établissement a transmis une photo de la carte de professionnel de santé émise le 14/01/2024 sur laquelle figure l'ordre National des Infirmiers. L'établissement a également transmis une fiche métier générique du groupe Orpéa, listant les liens hiérarchiques et les activités principales. L'IDEC l'a signée [REDACTED]	
1.2.2.14	Présence et temps de travail du médecin-coordonnateur L'établissement dispose d'un médecin coordonnateur, recruté [REDACTED] ce [REDACTED] Le médecin coordonnateur a obtenu son diplôme [REDACTED] L'établissement a transmis une fiche métier de médecin coordonnateur et le diplôme interuniversitaire de formation à cette fonction, obtenu [REDACTED] ainsi que l'extrait de l'annuaire du Conseil National de l'ordre des médecins.	

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Conseil de la Vie Sociale	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.3.3.1		L'établissement a ouvert en mars 2023, et les premières élections du CVS se sont tenues en janvier 2024. Le règlement intérieur du CVS date 13/02/2024. Celui-ci ne respecte pas la composition des membres réglementaire : « Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil. ». Le directeur ne peut signer le CR, le président n'apparaît pas dans les comptes rendus et il doit ouvrir la séance. Il n'est pas précisé que les autres membres sont absents (mettre collège et pas seulement le nom). La garantie de l'équilibre des présents n'est pas assurée à chaque séance selon l'article D311-5 du CASF. Le représentant de l'organisme gestionnaire ne peut être ni le directeur, ni son adjoint. Ce règlement intérieur a bien été adopté par les membres au CVS qui l'ont paraphé. En 2024, 3 CVS se sont tenus et 3 compte-rendu ont été transmis. Réunion du 13/02/2024, les points abordés : signature du règlement intérieur, élection du président et de son suppléant, la détermination des commissions et de leur responsable (commission restauration et animation), la présentation de l'enquête de satisfaction (deux sujets ressorte la gestion du linge et la qualité de la restauration), la direction adjointe annonce le lancement des réunions pour la rédaction du projet d'établissement. Réunion du 24/06/2024, les points abordés : l'organisation intérieure (cas de COVID), la présentation du plan bleu, un point sur les JO, les ressources humaines (plusieurs postes d'aide soignants et d'infirmiers reste à pourvoir), point sur l'animation (maintenant il y a trois activités par jour dont du jardinage dans les jardinières de l'établissement), point sur la restauration, point sur les EI et réclamations (sortie inopinée, fugue, des réunions de formation ont été réalisés avec les professionnels au sujet du risque de fugue). Réunion du 21/10/2024, points abordés : les ressources humaines (au mois de septembre il y avait 11 postes vacants en soin, au moment de la réunion il y a encore 6, ils sont en cours, les dates d'arrivées des aides-soignantes sont annoncées d'ici la fin 2024, une psychomotricienne a également été recrutée, une nouvelle MedCo est arrivée le 17 octobre 2024 (+0.2 ETP par rapport au MedCo précédent) et une psychologue est également arrivée), point sur la restauration (la première réunion de la commission restauration a eu lieu), point sur l'animation (la première commission animation a eu lieu, évocation	Écart 6 : La composition du CVS indiquée dans le règlement intérieur ne respecte pas l'article D311-5 du CASF et la garantie de l'équilibre des présents n'est pas assurée à chaque séance selon le même article. Écart 7 : Le représentant de l'organisme gestionnaire au CVS ne peut être ni le directeur, ni l'adjoint de direction (D311-9 du CASF : « Le directeur ou son représentant siège avec voix consultative. »). Écart 8 : Le directeur ne peut signer le compte-rendu du CVS, il doit être signé par le président (Article D311-20 du CASF). Remarque 2 : Le président n'apparaît pas dans les comptes-rendus et il doit ouvrir la séance. Il n'est pas précisé que les autres membres sont absents (indiquer le collège et pas seulement le nom).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	des sorties extérieures), points travaux intérieurs (maintenance d'un ascenseur), point sur l'avancée du projet d'établissement, point sur les EI et réclamations [REDACTED] Le directeur ne peut signer les comptes rendus, le président n'apparaît pas et il doit ouvrir la séance. Il n'est pas précisé si les autres membres sont absents et les collègues d'appartenance ne sont pas indiqués. La garantie de l'équilibre des présents selon l'article D311-5 n'est ainsi pas assurée à chaque séance. <u>Diffusion des compte-rendu :</u> Les compte-rendu de CVS sont affichés à l'accueil. <u>Présentation des EI et dysfonctionnement en CVS</u> Des réclamations et les EI sont présentés au fur et à mesure de leur survenue au CVS, néanmoins à la lecture du PACQ transmis, la mission de contrôle note que ces présentations ne sont pas exhaustives [REDACTED]	
1.3.3.2		Remarque 3 : La mission de contrôle note que la présentation des EI et réclamations au CVS n'est pas exhaustive.

Gestion de la qualité

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.4.1.7	<u>Plan d'amélioration continue de la qualité</u> L'établissement a transmis un plan d'amélioration continue de la qualité, constitué de 127 fiches qui répertorie chacune une source, le problème identifié, et les actions correctives à entreprendre, et des dates d'échéance. Les sources à ces actions sont une évaluation flash de la cuisine, l'enquête de satisfaction semestrielle, plaintes/réclamations, EI. Il est mis à jour chaque mois.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Il comporte encore beaucoup d'actions liées à l'ouverture récente de l'établissement (mise en place d'instance, de classeurs de procédures, ...)	
	Évaluations interne et externe 1.4.2.1 L'établissement n'a pas transmis d'évaluation externe car il a été récemment ouvert, en mars 2023. L'établissement n'a pas transmis d'évaluation interne. Politique de bientraitance et de lutte contre la maltraitance Le groupe EMEIS a mis en place un comité éthique et scientifique qui a pour missions : - «de construire et diffuser une culture de l'éthique clinique, accompagner les équipes fassent aux situations éthiquement problématiques, - D'analyser, évaluer et promouvoir des programmes de recherche clinique et d'innovation soignante au sein du groupe. » L'établissement a transmis : - Une note interne du groupe sur le harcèlement, celui-ci comprend la lutte contre le harcèlement sexuel, lutte contre le harcèlement moral, lutte contre les discriminations. - Une fiche réflexe sur la bientraitance et l'éthique et la prévention de la maltraitance. - Une procédure (ORPEA) maltraitance qui a pour objet de prévenir et signaler tout acte de maltraitance envers une personne accueillie. Cette procédure mentionne, en cas de faits avérés après enquête, le signalement au procureur de la République, à l'ARS et à la Ville de Paris. - Une procédure sur les sanctions disciplinaires envers un salarié ayant commis de la maltraitance envers un résident. Le projet d'établissement Du fait de l'ouverture récente de l'établissement, le projet d'établissement n'est pas encore finalisé, il est en cours de rédaction. Un groupe de travail « projet éthique » a été créé dans ce cadre. Formation des salariés La MedCo de l'établissement a réalisé une sensibilisation interne aux équipes sur la bientraitance le 01/08/2023.	
1.4.3.1 et 1.4.3.2		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le plan prévisionnel de formation 2025 prévoit la formation de deux personnes pour la formation « Être référent bientraitance et éthique ». Il n'y a pas eu de formation sur la bientraitance en 2024. <u>Livret d'accueil des résidents</u> Le chapitre 11 du livret d'accueil des résidents est consacré à la démarche de qualité et la bientraitance. Le numéro national de lutte contre la maltraitance y est indiqué.	

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.5.1.1	<u>Enregistrement, traitement et suivi des plaintes/enquêtes de satisfaction</u> <u>Les enquêtes de satisfaction :</u> Une enquête de satisfaction a été réalisée en 2023 auprès des résidents, des familles, des représentants légaux. Sur les réponses obtenues, les taux de satisfaction (« Très satisfait » et « satisfait ») sont supérieurs à 90% pour toutes les catégories retenues pour l'enquête : cadre de vie, restauration, accompagnement et soins, vie sociale. <u>Les plaintes et réclamations</u> L'établissement a transmis un registre des plaintes et réclamations du 01/01/2024 au 22/11/2024. Celui répertorie 10 réclamations sur cette période qui sont toutes clôturées, sauf la dernière. Les voies de transmission des plaintes envoyées par les familles des résidents sont majoritairement par courriel, une par courrier, une par téléphone et une par oral (physiquement). Elles concernent des questions des familles sur la prise en charge médicale, la restauration, la logistique, l'animation sociale. L'établissement a également transmis trois réponses à ces plaintes, 10 Ces familles ont aussi été reçues par la direction de l'établissement en sus de la réponse écrite à leur plainte.	
1.5.1.3	<u>Gestion des EI/EIG</u> <u>Procédures :</u> L'établissement a transmis une procédure du groupe ORPEA de traitement des EI et EIGS du 25/08/2022.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<u>Formations :</u> Le directeur de l'établissement a réalisé deux sessions de sensibilisation de 30 min à la déclaration des EI et EIG en 2024, 16 salariés et 24 étaient présents respectivement pour ces deux sessions (feuille d'émargement transmise). L'établissement a également transmis une fiche réflexe « Evénements indésirables (Equipe) » où il est mentionné qu'elle est remise à chaque nouveau collaborateur et un mini-guide ORPEA « Déclarer un événement indésirable » qui donne des indications aux salariés pour saisir un EI/EIG dans le logiciel dédié, faire le RETEX, et le suivi.	
1.5.1.5 et 1.5.1.6	<u>Analyses et suivi – Déclaration des EI/EIG</u> Les tableaux de suivi des EI/EIG pour 2023 et 2024 ont bien été transmis. Ces EIG ont bien été transmis à l'ARS et la Ville de Paris. L'établissement a bien transmis les trois derniers EIG et leur RETEX a été réalisés selon la méthode ALARM. Les RETEX et le suivi des EI/EIG est bien réalisé par l'établissement.	

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.1	<u>Les effectifs</u> L'établissement a transmis 4 documents : Un organigramme (non daté), Le RUP 2023, Le RUP 2024 Un tableau des ETP prévisionnels et à pourvoir, non daté. Ces documents ne coïncident pas et ne permettent pas d'avoir une vision fiable des effectifs. <u>L'organigramme :</u> Les liens hiérarchiques y sont bien établis. La Mission a comparé les effectifs de l'organigramme aux effectifs EPRD indiqués dans le PV visite conformité 9/02/2023 :	<u>Remarque 4 :</u> La mission ne peut déterminer le temps de travail du directeur et du psychologue au sein de l'établissement.

N° IGAS	Observations ou commentaires		Constat E/R
	ETP organigramme	ETP PV visite conformité 9 février 2023	
	Directeur Directrice adjointe Assistante de direction Secrétaires de direction Med co Psychologue IDEC IDE Aides-soignants Aide-soignant référent Psychomotricienne Responsable hôtelier Chef de cuisine Équipe de cuisine Serveurs Lingère Agent Service Hôtelier (blanchissage, nettoyage, repas) Agent de maintenance Animateur Total ETP		Écart 9 : En ayant recours de manière importante aux personnels en CDD, la direction de l'établissement ne pourvoit pas de manière durable et permanente certains postes de soignants, ce qui est de nature à remettre en cause la sécurité de la prise en charge des résidents (Article L.311-3 3° du CASF).
	L'organigramme fait apparaître ● ETP, hors directeur. S'y ajoutent ● apprenti ● de direction et ● apprenti ● psychomotricienne. Les effectifs indiqués dans l'organigramme sont supérieurs à ceux indiqués dans le PV de visite de conformité de l'établissement du 9 février 2023, en raison notamment du temps de travail du directeur, indiqué à ● jusqu'au 31/12/2024 sur son contrat de travail, et du psychologue ● ETP sur l'organigramme et ● sur le PV. L'organigramme affiche ● secrétaires de direction ● AS référente, ● serveurs et ● lingère qui n'apparaissent pas sur le PV d'ouverture. 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 se base sur un effectif minimal de soignants requis calculé sur des critères définis par		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
I'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation d'un CPOM (les critères retenus prennent en compte la dernière coupe AGGIR/PATHOS pour définir la charge en soins et dépendance de l'établissement et le nombre de places en hébergement permanent autorisées).	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) $\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{GMP établissement validé})}{\text{nb d'ETP (AS+AES)}} = R_{GMP} \text{ Soit } 68$ multiplié par 733 /26 = 1 917 RGMP inférieur à 3200 => nb ETP AS/AES est suffisant $\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{PMP établissement validé})}{\text{nb d'ETP IDE}} = R_{PMP} \text{ Soit } 68$ 68 multiplié par 222/4= 3 774 Si RPMP inférieur à 4300 => nb ETP IDE est suffisant Le tableau des ETP prévisionnels et à pourvoir n'est pas daté. Il fait apparaître 8 postes vacants ●IDE●ASD/ASD référente ●SH/ESH AV hébergement. Les postes sont pourvus en CDD. Cf infra. Les RUP : La représentation de l'équipe pluridisciplinaire recensée sur les deux RUP est conforme à la réglementation : un médecin coordonnateur, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides- soignants diplômé, des auxiliaires de vie, des aides médico-psychologiques, un psychologue, un médecin coordinateur. La mission note que l'organigramme ne fait apparaître que des AS, alors que le RUP et les plannings mentionnent des AMP, AVS et AV. Les CDI	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le fichier RUP 2023 période 31/12/2023, fait apparaître ● professionnels, tous en CDI. Ce chiffre s'explique par l'ouverture de l'établissement en cours d'année 2023. A noter 5 sorties durant la période (1 aux de vie, 1 directeur adjoint, 1 psychomotricienne, 1 secrétaire, 1 adjoint de direction.). Le fichier RUP 2024 période 22/11/24 fait apparaître ● CDI, dont ● soignants. La composition des 35 personnels en CDI de l'équipe soignante est la suivante : Composition équipe soignante RUP 2024 (7 sorties sur la période)  Il est à noter que les « sorties » des soignants concernent : Les IDE : 3 sorties ● Le médecin coordinateur, Les aides-soignantes diplômées : 2 sorties ● (contrats 4 mois et 2 mois. Hormis une sortie d'une aide-soignante de 68 ans, la mission s'interroge sur les motifs de ces départs notamment des 3 IDE dont les CDI ont été courts (4 mois et 1 mois). La moyenne d'âge des ● professionnels en CDI est de 40 ans.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R																
	Soignants CDI par tranche d'âge RUP 2024 période 22/11/2024 (7 sorties sur la période) L'histogramme « soignants CDI par tranches d'âge, établis d'après le document RUP 2024, montre que l'EHPAD sera confronté au renouvellement du médecin coordonnateur et d'ASD dans un avenir proche dans un contexte de recrutement difficile de ces métiers. - <u>Les CDD</u> Le tableau Excel intitulé RUP 2024 période 22/11/2024, on trouve [redacted] CDD sur la période 22/11/2024, qui va du 01/02/2024, au 21/11/2024, soit 10 mois. L'analyse du fichier RUP 2024 période 22/11/2024 montre le recours aux CDD par emploi suivante : <table><tr><th>Emploi</th><th>Nb professionnels</th><th>Nb contrats</th><th>Nb moyen de contrats par professionnel</th></tr><tr><td>ASH</td><td>[redacted]</td><td>4</td><td>[redacted]</td></tr><tr><td>Commis cuisine</td><td>[redacted]</td><td>21</td><td>[redacted]</td></tr><tr><td>Cuisiniers</td><td>[redacted]</td><td>59</td><td>[redacted]</td></tr></table>	Emploi	Nb professionnels	Nb contrats	Nb moyen de contrats par professionnel	ASH	[redacted]	4	[redacted]	Commis cuisine	[redacted]	21	[redacted]	Cuisiniers	[redacted]	59	[redacted]	
Emploi	Nb professionnels	Nb contrats	Nb moyen de contrats par professionnel															
ASH	[redacted]	4	[redacted]															
Commis cuisine	[redacted]	21	[redacted]															
Cuisiniers	[redacted]	59	[redacted]															

N°IGAS

Observations ou commentaires

Constat E/R

Cuisinier chef	1	
Plongeurs	22	
Serveurs	11	
Secrétaires	45	
Ass direction	2	
Psychomot	1	
AES	62	
AMP	36	
AMP- référent-AES	1	
ASD	545	
Aux vie	382	
IDE	113	
Total	1305	

La Mission note un nombre élevé de contrats dans l'équipe soignante : ● auxiliaires de vie, ● ASD et ● IDE sont intervenues en contrat durant la période, ce qui est de nature à remettre en cause la sécurité des résidents. Les contrats vont de 2 à 31 jours. Concernant les ASD, la mission relève ● contrats de 2 jours sur la période soit 30%.

L'analyse de la composition de l'équipe figurant dans les plannings transmis de jour montre une majorité de CDD :

●

L'équipe d'AS de nuit montre la même proportion de CDD. ●

Le planning d'octobre 2024 montre ● IDE en CDI, ● dans l'équipe 1 ● dans l'équipe 2. ● IDE en CDD viennent compléter l'équipe.

Compte-tenu du nombre de postes vacants dans l'équipe soignante et du nombre de contrats réalisés sur de courtes périodes, la non-stabilisation de l'équipe est de nature à remettre en cause un accompagnement individualisé favorisant le développement, l'autonomie et l'insertion des résidents tout en tenant compte de leurs besoins.

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.3	Taux de rotation et d'absentéisme Les données ANAP 2024 (sur la base des données de 2023) sont les suivantes : - Absentéisme : 10,74% (médiane départementale : 8,31% / régionale : 9,82% / nationale : 10,74%) - Rotation des personnels : 14,13% (médiane départementale 13,28% / régionale : 14,13% / nationale : 15%) Bien que l'EHPAD ait ouvert courant 2023, la rotation des personnels en 2024 interroge sur la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.	Écart 10 : L'instabilité de l'équipe impacte la qualité de la continuité des soins ainsi que la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° et 3° du CASF.
2.1.1.6	Professionnels en intérim La mission n'a pas d'élément concernant l'appel à des intérimaires dans cet établissement.	Remarque 5 : L'établissement n'a pas fourni d'élément concernant l'emploi de personnel en intérim.
2.1.2.1	Plan de développement des compétences L'établissement a transmis un fichier intitulé plans de formation 2023-2024 et 2025, ainsi qu'un fichier des formations internes 2023-2024. La Mission comprend que les actions figurants dans le fichier plans de formation sont réalisées par des prestataires externes. Le nom des prestataires n'est pas indiqué. Les formations externes Le plan de formation 2023 a concerné 5 bénéficiaires pour 3 actions : Prévention risque liée à l'activité physique sanitaire et sociale (2 personnes) ; Formation habilitation électrique initiale (1 personnes) ; piloter et gérer la performance en établissement (2 personnes). Le plan de formation 2024 comprend 15 formations pour 35 bénéficiaires : -14 actions de formation concernant chacune de 1 à 3 salariés, -La formation risque incendie- mise en situation est à destination de 15 salariés. Pour 2025, le plan de formation prévoit 28 formations et 119 bénéficiaires. Il n'est pas précisé si ce plan est prévisionnel ou a été validé par le groupe.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Parmi les 28 formations prévues en 2025, on note 4 formations diplômantes : VAE CAP cuisine (1 personnes), Diplôme d'Etat (DE) infirmier (1 personne) ; Diplôme d'état d'accompagnement éducatif et social (DAES) (1 personne), formation aide-soignante (1 personne). Les Plans de formation 2023 et 2024 ne contiennent pas de formation diplômante, ce qui est en cohérence avec la date d'ouverture de l'établissement. Les formations internes : d'après le fichier transmis, il s'agit de mini formation d'une durée de 30 mn réalisées en 2023 par les encadrants : MedCo, IDEC, directeur, chef cuisinier, responsable hôtelière. 53 formations internes ont été réalisées sur des thèmes divers : circuit du médicaments, HACCP, Net soins, lavage des mains, transmissions ciblées, prévention des chutes, soins de bouche, sensibilisation à la vaccination COVID, contentions, fausses routes, dénutrition et compléments nutritifs oraux, hôtellerie service du petit déjeuner.... 2 sessions de 30 mn ont été consacrées aux troubles de la personnalité/ comportement, 2 sessions à la « prévention du risque suicidaire pour le personnel soignant ». La Mission note une seule formation bientraitance réalisée le 1er août 2023 par le MedCo. En 2024, 52 formations internes sont recensées. Le document présente les mêmes thèmes de formation qu'en 2023, auxquels s'ajoutent des formations bientraitance /prévention de la maltraitance : -la bientraitance les 23 et 30 avril (psychologue), 9 et 11 octobre (directeur), -Prévention de la maltraitance, le 30/07/2024 (assistante de direction). L'établissement ne propose pas de formations sur le thème de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance par un prestataire externe. Il ne propose pas de formation sur la prise en charge de la douleur, de la fin de vie, aux troubles du comportement et aux troubles sensoriels. Il est fait mention d'une session consacrée à la gestion des événements indésirables/analyse des causes.	Remarque 6 : L'établissement ne propose pas de formation sur la prise en charge de la douleur, de la fin de vie, aux troubles du comportement et aux troubles sensoriels. Remarque 7 : L'établissement n'a pas instauré pour les personnels soignants de temps d'échanges sur l'analyse de pratiques ou de groupes de parole.
2.1.2.5	Protocole d'accueil des nouveaux professionnels L'EHPAD a transmis 6 documents relatifs à l'accueil d'un salarié nouvel arrivant :	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- 2 « check list intégration AS et intégration ID » : il s'agit d'une fiche produite par le groupe EMEIS, listant les actions à réaliser lors de l'arrivée d'un AS/IDE. D'après cette fiche, le nouvel arrivant est en doublon avec un référent qui est sa référente durant un trimestre. Les actions sont découpées en 4 temps : 1er jour, 1ère semaine, 1er mois, 1er trimestre. Les actions sont déclinées en thèmes : présenter les temps forts de la journée, sensibiliser à l'utilisation de Netsoins, présenter les circuits (repas, nursing, soins, circuit linge, gestion déchets). Des actions sont prévues au cours du 1er mois : présenter le professionnel aux collègues, sensibilisation éval douleur, présentation des projets personnalisés, sensibilisation à gestion des urgences..., puis au cours du 1er mois, au cours du 1er trimestre. - 2 « leaflet d'accueil AS et leaflet d'accueil IDE » : ces documents comportent tous les aspects pratiques que doit connaître un nouveau professionnel : numéros de tel de l'établissement, codes ascenseurs, info sur logiciel Net soins, portail « fiche événements indésirables ». Les valeurs de Eméis et les 8 points de la bientraitance figurent également. - 1 « livret accueil nouvel arrivant » : très complet, il comporte 58 pages et se décline en 9 points : présentation de l'établissement, les Orientations stratégiques de l'établissement, l'organigramme de l'établissement et la Direction Générale, être salarié chez EMEIS, votre carrière avec nous, les instances obligatoires en EHPAD, l'organisation des soins, les bonnes pratiques, une politique de qualité volontariste. - 1 « procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant : il s'agit d'une fiche générique Orpéa listant la liste des tâches administratives à élaborer, de la publication de l'offre d'emploi à la création du dossier administratif du salarié. A l'exception du tutorat des nouveaux professionnels soignants, n'apparaissent pas de réunions d'échanges sur l'analyse de pratiques ou de groupe de parole.	
2.1.4.5	Plannings Le contrôle ayant eu lieu le 15 novembre 2024, la Mission considère que le planning prévisionnel de décembre 2024 représente le planning cible de l'établissement. Les plannings ne comportent pas de légende correspondant aux sigles utilisés : CSS, ATR, ASR, J+10. La Mission a considéré que ces sigles ne correspondaient pas à des agents en poste. Planning cible : La Mission note que l'équipe de soins est organisée en 2 équipes de jour et de nuit : équipe 1 et équipe 2. Les personnels sont positionnés par étage. Equipe soignante : 1 ASR (aide-soignante référente). Les missions de l'ASR ne sont nulle part expliquées et ses horaires ne sont pas indiqués.	Remarque 8 : Les missions de l'ASR ne sont pas expliquées.

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Hors ASR, la composition des équipes soignantes de jour est la suivante : - <u>Equipe 1 de jour</u> : Un vivier de 14 professionnels soignants dont 1 poste vacant, 1 volante. L'équipe 1 de jour est composée de 8 AS, 3 auxiliaires de vie, 1 poste vacant, et 2 agents ne figurant pas dans le RUP 2024. De 9 à 10 soignants sont prévus chaque jour (incluant une volante), dont 2 au 3ème étage (UGD) et 2 au 1er étage (USA). - <u>Equipe 2 jour</u> : vivier composé de 6 ASD et 1 contrat pro AS, 3 auxiliaires de vie, 1 AMP 1 agent ne figurant pas dans le RUP 2024. 10 soignants sont prévus par jour dont 3 au 3ème étage (UGD) et 2 au 1er étage (USA). - <u>Equipe de nuit</u> : Le planning cible de l'équipe de nuit ne comprend que des ASD et prévoit 3 professionnels par nuit. - <u>Equipe IDE</u> : Le planning cible de décembre 2024 équipe 1 et 2 prévoit 2 IDE chaque jour, 1 de 7H30 à 19H30 et 1 de 8H à 20H. L'étude du planning d'octobre montre que ce chiffre est respecté. L'analyse des plannings d'octobre et novembre 2024 montre la présence de 7 à 9 soignants, week-end compris. (6 AS et 2 auxiliaires de vie par jour, dans l'équipe 1 et l'équipe 2 de jour. Des AES complètent l'équipe 1 les 10 et 15 octobre pour atteindre 10 personnes ces 2 journées). Cela représente de 8,5 à 6,5 résidents par soignant. La Mission relève les anomalies suivantes : - 6 soignants le 14 octobre (1 maladie notée au planning), - 1 seule IDE les 7, 12, 14, 23, 28 et 31 octobre.	
2.1.4.2	Fiches de tâches horaires Il a été transmis à la mission les fiches de tâches horaires des AS- AMP, AS nuit, ASH, ASH communs, AV lingerie, AV restaurant, AV restaurant service, IDE, Les ASH et les ASH communs effectuent des tâches de nettoyage : entretien espaces communs, bionettoyage des chambres, aspiration des couloirs, entretien espaces communs, ascenseurs, salles à manger, vestiaires.... Les AV lingerie et restaurant : linge, service et nettoyage salles restauration.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La fiche de taches heurée des IDE détaille et séquence leurs missions de la journée. Lors de leur arrivée le matin, ils effectuent les contrôles de glycémie et d'insuline, la distribution des médicaments, la préparation des stupéfiants, l'évaluation de la douleur et le tracage dans le cahier correspondant. Les IDE distribuent les médicaments lors du déjeuner, et vérifient les piluliers de la nuit, distribuent les médicaments avant le coucher et posent les perfusions. Elles préparent les charriots de médicaments de nuit. Elles travaillent selon 2 cycles : 7h30-19h30 et 8h-20h. La fiche de tâches heurées des Aide-soignant/AMP de jour fait apparaître 2 cycles de travail : 7h30-19h30 et 8h-20h. Les tâches principales sont les suivantes : distribution et aide au petit-déjeuner, réaliser des soins de nursing, accompagner les résidents à l'animation, accompagner les résidents au restaurant pour les repas, distribution du goûter, effectuer les transmissions sur l'application. La fiche de tâches heurées des AS de nuit fait apparaître 2 cycles de travail : 19h30-7h30 et 20h-8h. Elles assurent la gestion des urgences, les changes difficiles et distribuent les médicaments de nuit préparés par les IDE.	
2.1.4.4	Glissement de tâches Les fiches de tâches heurées des IDE, AS-AMP et AS de nuit montre que ces personnels travaillent sur 2 profils horaires : - 7H30- 19H30 - 8H-20H. L'analyse des fiches de tâches heurées permet de conclure qu'il n'y a pas de glissement de tâche entre les IDE et les aides-soignants. Les tâches sont bien différenciées selon les fonctions des personnels. Ce sont les IDE qui effectuent la distribution des médicaments au cours de la journée, préparent le charriot de médicaments de nuit qui seront distribués par les aides-soignants de nuit, effectuent les contrôles d'insulines et de glycémie, la préparation des stupéfiants., les soins : prise de constante, injection collyre, pansements. La fiche de tâche heurées des AS-AMP est commune et les actes de soins pouvant être exercés par les aides-soignants n'apparaissent pas dans la fiche. S'agissant d'une fiche commune, la mission ne peut exclure un glissement de tâches entre les AS/AMP-AES, notamment en ce qui concerne la réalisation des toilettes au lit. Les temps de transmission et pause sont bien indiquées. Celles-ci diffèrent selon le cycle de travail.	Écart 11 : Une fiche de tâche heurée est commune aux aides-soignants et AMP. La mission ne peut s'assurer qu'il n'existe pas de glissement de tâches entre ces professionnels, ce qui contrevient aux articles L.311.1& D.312-150-0, II du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
La procédure de remplacement 2.1.4.7	Une fiche « mode dégradé Résidence Assomption précise les modalités d'actions en cas d'absence d'IDE, AS, AMP, AES. Les professionnels présents, IDE et AS, prennent en charge les tâches des absents. Il est fait appel par le personnel d'astreinte à une liste de vacataires de l'établissement. La mission est également postée dans une application. Enfin, l'appel aux autres établissements du groupe pour mise à disposition éventuelle de personnels soignants est préconisé. En cas d'échec de ces premiers recours, la réorganisation des tâches IDE et AS/AMP est détaillée, en semaine et le WE. Il est précisé qu'en cas d'absences multiples, il y a une mutualisation de personnel avec les résidences Ermeis proches mais les modalités de la mutualisation ne sont pas précisées. Le recours aux contrats de courte durée ou à l'intérim n'est pas évoqué.	Remarque 9 : La fiche de procédure de remplacement en cas d'absence de personnel soignant est à compléter.
2.1.4.10	Personnels de nuit et de WE L'équipe de nuit est composée de 3 AS diplômées, en CDI ou CDD : -1ASD de 20H à 8H -2 ASD de 19h30à 7H30. (Planning prévu déc. 2024), soit 3 AS pour les 6 étages. Il y a 2 IDE la nuit : 7H20 19H30 et 8H 20H.	

Prises en charge

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.1.1.1	La procédure d'admission L'établissement a fourni une procédure de préadmission, une procédure d'admission et un bilan d'intégration du nouveau résident un mois après son admission. La procédure d'admission fait mention de la recherche du consentement de la personne âgée pour son admission dans l'établissement.	Remarque 10: Le RAMA 2023 n'indique pas le nombre d'avis rendus par le MedCo pour les admissions.
	Avis du MedCo lors de l'admission Les procédures de préadmission et d'admission indiquent bien que le MedCo intervient dans la validation (ou non) de l'admission d'un nouveau résident. Il y est précisé que : « il est vivement conseillé qu'un contact soit pris entre le médecin coordonnateur de l'établissement, le personnel soignant et le médecin adresseur ayant rempli le dossier médical. » Il valide le dossier du résident, sur la base du dossier volet médical du formulaire CERFA. Le RAMA 2023 n'indique pas le nombre d'avis rendus par le MedCo pour les admissions, il est indiqué que l'une des causes des refus médicaux d'admission pour 2023 est que l'USA n'était pas encore ouverte du fait de l'ouverture récente de l'établissement (mars 2023).	
3.2.1.2	Contenu de l'Évaluation médicale à l'admission Ni les procédures d'admission, ni le RAMA 2023 ne donne d'indication sur l'évaluation médicale réalisée par le MedCo avant l'admission d'un nouveau résident. Le RAMA 2023 donne des éléments sur l'évaluation psychologique réalisée par la psychologue en poste dans l'établissement : « Evaluation cognitive et thymique, utilisation d'échelles telles que le MMSE, les 5 mots de Dubois, l'Horloge, la GDS-15, la RUD et le NPI-ES ». L'entretien d'accueil lui est proposé de manière systématique, généralement le lendemain ou quelques jours après son arrivée dans l'EHPAD. L'entretien d'accueil a pour but de réaliser une appréciation du fonctionnement psychopathologique et cognitif du résident. Lorsque le fonctionnement cognitif le permet, le recueil des informations concernant l'histoire de vie du résident est également réalisé. Appréciation du besoin et de la demande pour un suivi psychologique, ponctuel ou régulier : soutien psychologique, psychothérapie. »	Remarque 11: Ni les procédures d'admission, ni le RAMA 2023 ne donne d'indication sur l'évaluation médicale réalisée par le MedCo avant l'admission d'un nouveau résident.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<u>Le Projet Personnalisé (PP)</u> <u>La procédure :</u> L'établissement a transmis plusieurs documents du groupe ORPEA pour la réalisation des PP. Celle-ci indique que le PP initial est réalisé dans le moi qui suit l'entrée du résident Il est rédigé via une participation pluriprofessionnelle (la psychologue, le médecin coordonnateur, l'infirmière cadre, l'aide-soignante qui s'occupe du résident). En fin de processus, il est présenté au résident. Après signature, il est annexé au contrat de séjour. Il est réévalué à minima tous les ans, voire tous les 6 mois pour les résidents en USA et plus en cas de changement important de l'état de santé. <u>Réalisation des PP :</u> La psychologue coordonne la réalisation des PP, puis chaque référent PP a en charge 5 résidents. La psychologue de l'établissement précise dans le RAMA 2023 : « La construction des PP est réalisée en interdisciplinarité, le résident est impliqué au maximum dans cette démarche. À la suite de l'élaboration du PP du résident, un bilan d'accompagnement est organisé en équipe pluridisciplinaire (MEDCO, IDEC, Psychologue) avec le résident et ses proches, afin de présenter les modalités d'accompagnement du résident, d'échanger ensemble à ce sujet et d'apporter des réponses aux questions éventuelles. » Sur 59 résidents, trois résidents entrés il y a moins de six mois n'ont pas encore de PP, et les 56 autres résidents ont bien un PP qui date de moins d'un an.	
3.1.3.3		
	<u>La Commission de Coordination Gériatrique :</u> L'établissement a transmis un compte-rendu de la commission gériatrique de 2023. Les principaux sujets abordés leur de cette commission ont été la prévention (des infections, de la dénutrition, des troubles du comportement, de la déshydratation (en cas de canicule), hygiène bucco-dentaire, de la surdité, des chutes) et la continuation des soins (Logiciel de soins, IDE de nuit Santé Service, convention HAD ...).	
3.1.4.4		
	<u>Interventions des professionnels médicaux libéraux</u> 11 médecins traitants suivent les résidents de l'établissement. Ils prennent en charge 57 résidents au total. Un seul de ces médecins traitants n'utilise pas le logiciel de soins.	
3.1.4.5		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.5.4.3	Système d'appels-malade L'établissement a simplement indiqué qu'ils avaient accès au relevé des appels malade et qu'ils remplissaient un modèle de tableau de test des appels malades (vide) comprenant : la date et l'heure du test, le lieu, le temps de réponse, constats et éventuelles actions à mener. Aucune donnée fournissant le temps de réponse moyen aux appels malade n'a été fournies.	Remarque 12 : Aucune donnée fournissant le temps de réponse moyen aux appels malade n'a été fournie.

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Les droits du résident Le livret d'accueil de l'établissement comprend un chapitre 10 où sont mentionnés des droits des résidents : la désignation d'une personne de confiance, la protection juridique, la possibilité de faire appel à une médiation, la possibilité de faire appel à la plateforme d'écoute du groupe, solliciter un médiateur de la consommation, avoir recours à une personne qualifiée, la protection des données personnelles, l'accès à son dossier médical. La charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance et la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante est annexée au livret d'accueil. Ce livret d'accueil est remis à l'admission d'un nouveau résident. Le contrat de séjour contient également des dispositions portant sur les droits du résident : - le droit à l'image, - les droits relatifs à la liberté d'aller et venir sont présentés en annexe - la rédaction des directives anticipées présentées en annexe avec la possibilité de désigner une personne de confiance, - le libre choix du médecin traitant est également mentionné.		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Contentions		
<u>Procédure relative aux contentions</u>		
	Une procédure relative aux contentions du groupe ORPEA, mise à jour le 1/06/2022, a été transmise.	
	Cette procédure distingue la pause de contention en urgence et la pause de contention programmées. Les cas pratiques d'urgence pour la pause de contention ne sont pas mentionnés dans la procédure.	
	Pour la pose de contentions programmées la procédure indique bien qu'avant la pose de contention, une réunion d'équipe pluridisciplinaire évalue le bénéfice / risque la contention et réfléchit à des alternatives.	
	La procédure mentionne que les contentions sont sous couvert d'une prescription médicale.	
3.2.3.1	Si la pose de contention est malgré tout décidée, une information du résident et de son entourage est réalisée ainsi qu'une recherche de leur consentement.	
	La réévaluation de la contention est prévue dans un délai de 24 à 72h par un médecin et à défaut par le MedCo, puis les réévaluations suivantes sont réalisées a minima tous les mois.	
	<u>Réalisation – bilan de la pose des contentions et de la recherche de leur réduction</u>	
	Le RAMA 2023 indique que 0% des résidents ont fait l'objet d'une contention et que les alternatives envisagées ont été des lits hyperbas avec tatamis, des fauteuils adaptés et de la surveillance sans plus de détails.	
		Remarque 13 : Les cas pratiques d'urgence pour la pause de contention ne sont pas mentionnés dans la procédure.

N°IGAS	Convention EHPAD / Officine et circuit du médicament	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.8.2.9	Une convention partenariale entre l'EHPAD et une officine en date du 6/11/2023 a bien été transmise. Moyens de transmission : -des ordonnances de l'EHPAD à l'officine : la prescription est réalisée sur le logiciel de soins avec impression d'une ordonnance papier qui devra être signée et mise dans la bannette de la pharmacie. En cas d'absence de possibilité de prescription sur le logiciel, la prescription se fait sur une ordonnance papier qui est récupérée par les IDE, adressée à la pharmacie et dont une copie est remise dans la bannette du MEDCO qui réalisera la prescription le plus rapidement possible. En cas d'absence du MEDCO, la copie pourra exceptionnellement être demandée à un autre médecin traitant intervenant dans la résidence. -des conseils thérapeutiques de l'officine et des observations entre l'EHPAD et l'officine : la convention mentionne que l'EHPAD s'engage à faire participer son pharmacien référent à la commission de coordination gériatrique. Le pharmacien assure le contrôle de la prescription, peut suggérer des modifications via le logiciel de soins et alerte le prescripteur et le MEDCO par mail et par téléphone en cas d'urgence.	Délégation d'administration des médicaments par l'IDE Une procédure type ORPEA d'administration des médicaments a été transmise. Sa dernière modification date du 1/06/2022. Elle indique que les salariés ont été formés 2 fois par an au circuit du médicament, que l'acte d'administration du médicament par un aide-soignant/ AMP / AES/ASG est sous la responsabilité de l'infirmière et que les médicaments à risques et très à risques sont toujours préparés et administrés par l'IDE (la liste de ces médicaments est rappelée en fin de procédure), ainsi que les médicaments des résidents très instables ou ayant d'importantes difficultés lors des prises. Une seconde procédure spécifique aux stupéfiants et assimilés (datée du 1/06/2023) rappelle que seul l'IDE ou un médecin peut administrer un stupéfiant. La traçabilité de l'administration et des non prises est réalisée en temps réel via des scanettes et tablettes. La liste des AS habilitées à l'aide à la prise de médicaments ou la preuve de leur formation n'a pas été fournie.	Écart 12 : La liste des AS habilitées à l'aide à la prise de médicaments ou la preuve de leur formation n'a pas été fournie (L313-26 CASF).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
<u>Dépistage et lutte contre la douleur</u> <u>Procédure</u> L'établissement a transmis une procédure type ORPEA d'évaluation et prise en charge de la douleur datée du 1/1/2017. Cette procédure indique bien qu'une évaluation de la douleur est faite lors de l'évaluation gériatologique à l'entrée du résident puis au moins une fois par an par résident et systématiquement pour les résidents sous morphinique ou antalgique avant chaque prise. Cette procédure présente différentes évaluations de la douleur une pour la personne âgée communicante, EVA et EN et une pour la personne ayant des troubles de la communication verbale, ALGOPLUS notamment. La procédure précise également que l'ensemble du personnel est sensibilisé et formé au dépistage et à l'évaluation de la douleur chez la personne âgée (formations et/ou mini formations 2x/an à minima). <u>Réalisation :</u> A propos de la prise en charge de la douleur, le RAMA 2023 indique que l'évaluation de la douleur est systématique pour les résidents sous antalgiques (palier 3) et 17% des résidents étaient sous antalgiques (palier 3). Les échelles utilisées étaient EVS et ALGOPLUS. Le tableau des évaluations médicales nominatif n'indique pas les évaluations de la douleur pour chacun des résidents. La mission de contrôle ne peut vérifier que chaque résident a bénéficié d'au moins une évaluation de la douleur par an, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP. La MedCo a réalisé plusieurs sensibilisations à la prise en charge de la douleur.	<u>Soins Palliatifs et à la fin de vie</u> L'établissement a transmis une procédure type du groupe ORPEA « ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE : LES SOINS PALLIATIFS » du 01/05/2021 et un document présentant la politique du groupe ORPEA lié à l'accompagnement à la fin de vie. La politique mentionne l'objectif d'« avoir du personnel formé (IDEC, médecins, psychologues) aux soins techniques et à l'accompagnement psychologique, diffusant cette formation à toute l'équipe à partir des outils utilisés ».	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Au vue de cette mention, la mission de contrôle réitère sa remarque (cf. remarque 5 plus haut) sur l'absence de formation à l'accompagnement à la fin de vie dans le plan de développement des compétences. La procédure d'accompagnement à la fin de vie quant à elle, indique des bonnes pratiques pour l'accompagnement de fin de vie comme : «Proposer un accompagnement psychologique au résident et aux proches (psychologue ou association de soutien)» et la prise en charge pluridisciplinaire : «Lors d'une réunion collégiale (pluridisciplinaire) en accord avec le médecin traitant et en ayant prévu un partage des décisions avec l'autre équipe et avec les équipes de nuit. » L'établissement a recours également si nécessaire à l'accompagnement HAD. Le RAMA 2023 rapporte que 4 décès ont eu lieu en 2023 dans l'établissement dont deux avec l'accompagnement HAD et que l'équipe réseau paris ouest est également intervenue. Le RAMA comporte également des paragraphes de la psychologue de l'établissement sur l'accompagnement qu'elle propose pour la fin de vie.	
3.4.3.9	Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel La liste des évaluations nominatives fournies indique que le suivi mensuel des poids n'est pas systématiquement réalisé pour l'ensemble des résidents, sans en fournir d'explication. Les IMC n'ont pas été communiqués. Le RAMA 2023 indique que 53% des résidents présentaient une dénutrition sévère (IMC inférieure à 18) et indiquait bien une fréquence des pesées d'une par mois. Il a fait recours à la nutrition hyperprotidique pour 13 résidents et la supplémentation CNO pour 8.	Écart 14 : La liste des évaluations nominatives fournies indique que le suivi mensuel des poids n'est pas systématiquement réalisé pour l'ensemble des résidents sans en fournir d'explication (recommandations des bonnes pratiques HAS-10/11/2021 : Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus).

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	Les informations fournies par l'établissement indiquent que 5 kinésithérapeutes, une orthophoniste, un orthopédiste, un pédicure-podologue, et une opticienne mobile interviennent dans l'établissement. L'emploi du temps des kinésithérapeutes montrent qu'ils assurent une présence tous les jours de la semaine. Ils prennent en charge 54 résidents.		

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

- Écart 1 :** Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95% (Article l'article R314-160 du CASF et Arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R.314-160 du CASF). 11
- Écart 2 :** L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement valide, ce qui contrevient aux articles L311-8 du CASF, D311-38 du CASF, D312-160 CASF, R314-88 1° du CASF. 12
- Écart 3 :** Le plan bleu transmis n'est pas conforme aux prescriptions de l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. 13
- Écart 4 :** La mission note que le directeur ne consacre pas 100% de son temps de travail à la résidence Assomption, ce qui ne permet pas d'assurer l'ensemble de ces missions au sens de l'article D.312-155-0 du CASF. 13
- Écart 5 :** Il n'a pas été transmis à la mission le document de délégation de signature du directeur de l'EH PAD envers la directrice adjointe, ce qui contrevient à l'article D315-67 CASF. 14
- Écart 6 :** La composition du CVS indiquée dans le règlement intérieur ne respecte pas l'article D311-5 du CASF et la garantie de l'équilibre des présents n'est pas assurée à chaque séance selon le même article. 16
- Écart 7 :** Le représentant de l'organisme gestionnaire au CVS ne peut être ne peut être le directeur, ni l'adjoint de direction (D311-9 du CASF : « Le directeur ou son représentant siège avec voix consultative. »). 16
- Écart 8 :** Le directeur ne peut signer le compte-rendu du CVS, il doit être signé par le président (Article D311-20 du CASF). 16
- Écart 9 :** En ayant recours de manière importante aux personnels en CDD, la direction de l'établissement ne pourvoit pas de manière durable et permanente certains postes de soignants, ce qui est de nature à remettre en cause la sécurité de la prise en charge des résidents (Article L.311-3 3° du CASF) 21
- Écart 10 :** L'instabilité de l'équipe impacte la qualité de la continuité des soins ainsi que la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° et 3° du CASF. 26
- Écart 11 :** Une fiche de tâche hebdomadaire est commune aux aides-soignants et AMP. La mission ne peut s'assurer qu'il n'existe pas de glissement de tâches entre ces professionnels, ce qui contrevient aux articles L.311.1& D.312-150-0, II du CASF. 30
- Écart 12 :** La liste des AS habilitées à l'aide à la prise de médicaments ou la preuve de leur formation n'a pas été fournie (L313-26 CASF). 36
- Écart 13 :** Le tableau des évaluations médicales nominatif n'indique pas les évaluations de la douleur pour chacun des résidents. La mission de contrôle ne peut vérifier que chaque résident a bénéficié d'au-moins une d'évaluation de la douleur par an, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP. 37
- Écart 14 :** La liste des évaluations nominatives fournies indique que le suivi mensuel des poids n'est pas systématiquement réalisé pour l'ensemble des résidents sans en fournir d'explication (recommandations des bonnes pratiques HAS-10/11/2021 : Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus). 38

Remarques

- Remarque 1 :** L'aspect soin interne à l'établissement et fin de vie ne sont pas abordés dans le règlement de fonctionnement. 12
- Remarque 2 :** Le président n'apparaît pas dans les comptes-rendus et il doit ouvrir la séance. Il n'est pas précisé que les autres membres sont absents (indiquer le collège et pas seulement le nom). 16
- Remarque 3 :** La mission de contrôle note que la présentation des EI et réclamations au CVS n'est pas exhaustive. 17
- Remarque 4 :** La mission ne peut déterminer le temps de travail du directeur et du psychologue au sein de l'établissement. 20
- Remarque 5 :** L'établissement n'a pas fourni d'élément concernant l'emploi de personnel en intérim. 26
- Remarque 6 :** L'établissement ne propose pas de formation sur la prise en charge de la douleur, de la fin de vie, aux troubles du comportement et aux troubles sensoriels. 27
- Remarque 7 :** L'établissement n'a pas instauré pour les personnels soignants de temps d'échanges sur l'analyse de pratiques ou de groupes de parole. 27
- Remarque 8 :** Les missions de l'ASR ne sont pas expliquées. 28
- Remarque 9 :** La fiche de procédure de remplacement en cas d'absence de personnel soignant est à compléter. 31
- Remarque 10 :** Le RAMA 2023 n'indique pas le nombre d'avis rendus par le MedCo pour les admissions. 32
- Remarque 11 :** Ni les procédures d'admission, ni le RAMA 2023 ne donne d'indication sur l'évaluation médicale réalisée par le MedCo avant l'admission d'un nouveau résident. 32
- Remarque 12 :** Aucune donnée fournissant le temps de réponse moyen aux appels malade n'a été fournie. 34
- Remarque 13 :** Les cas pratiques d'urgence pour la pause de contention ne sont pas mentionnés dans la procédure. 35

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD «Assomption», géré par «ORPEA - EMEIS» a été réalisé le 15 novembre 2024 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a constaté le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles suivantes :

- La MedCo de l'établissement a réalisé une sensibilisation interne aux équipes sur la bientraitance le 01/08/2023.
- Le directeur de l'établissement a réalisé deux sessions de sensibilisation de 30 min à la déclaration des EI et EIG en 2024, 16 salariés et 24 étaient présents respectivement pour ces deux sessions (feuille d'émargement transmise).
- L'établissement met en place des RETEX pluridisciplinaire des EIG.
- Un bilan de la psychologue de l'établissement dans le RAMA 2023.
- La MedCo a réalisé plusieurs sensibilisations à la prise en charge de la douleur.
- L'IDEC a réalisé une sensibilisation des équipes au Réseau de soins palliatifs le 20/04/2023.

Elle a également relevé des dysfonctionnements :

- **Écart 1** : Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95% (Article l'article R314-160 du CASF et Arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R.314-160 du CASF).
- **Écart 2** : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement valide, ce qui contrevient aux articles L311-8 du CASF, D311-38 du CASF, D312-160 CASF, R314-88 1° du CASF.
- **Écart 3** : Le plan bleu transmis n'est pas conforme aux prescriptions de l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- **Écart 4** : La mission note que le directeur ne consacre pas 100% de son temps de travail à la résidence Assomption, ce qui ne permet pas d'assurer l'ensemble de ces missions au sens de l'article D.312-155-0 du CASF.
- **Écart 5** : Il n'a pas été transmis à la mission le document de délégation de signature du directeur de l'EHPAD envers la directrice adjointe, ce qui contrevient à l'article D315-67 CASF.
- **Écart 6** : La composition du CVS indiquée dans le règlement intérieur ne respecte pas l'article D311-5 du CASF et la garantie de l'équilibre des présents n'est pas assurée à chaque séance selon le même article.
- **Écart 7** : Le représentant de l'organisme gestionnaire au CVS ne peut être le directeur, ni l'adjoint de direction (D311-9 du CASF : « Le directeur ou son représentant siège avec voix consultative. »).
- **Écart 8** : Le directeur ne peut signer le compte-rendu du CVS, il doit être signé par le président (Article D311-20 du CASF).
- **Écart 9** : En ayant recours de manière importante aux personnels en CDD, la direction de l'établissement ne pourvoit pas de manière durable et permanente certains postes de soignants, ce qui est de nature à remettre en cause la sécurité de la prise en charge des résidents (Article L.311-3 3° du CASF)
- **Écart 10** : L'instabilité de l'équipe impacte la qualité de la continuité des soins ainsi que la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° et 3° du CASF.
- **Écart 11** : Une fiche de tâche heurée est commune aux aides-soignants et AMP. La mission ne peut s'assurer qu'il n'existe pas de glissement de tâches entre ces professionnels, ce qui contrevient aux articles L.311.1& D.312-150-0, II du CASF.
- **Écart 12** : La liste des AS habilitées à l'aide à la prise de médicaments ou la preuve de leur formation n'a pas été fournie (L313-26 CASF).

- **Écart 13 :** Le tableau des évaluations médicales nominatif n'indique pas les évaluations de la douleur pour chacun des résidents. La mission de contrôle ne peut vérifier que chaque résident a bénéficié d'au-moins une d'évaluation de la douleur par an, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP.
- **Écart 14 :** La liste des évaluations nominatives fournies indique que le suivi mensuel des poids n'est pas systématiquement réalisé pour l'ensemble des résidents sans en fournir d'explication (recommandations des bonnes pratiques HAS-10/11/2021 : Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus).

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

Saint Denis, le 09/04/2025

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

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



Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



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

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

Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'Autonomie
Affaire suivie par : Florence Pekar

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : Christel Rougy

Madame Christel ROUGY, Ingénieure du Génie Sanitaire, coordinatrice de la mission de contrôle, Délégation départementale de Paris, ARS Île-de-France

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

Paris, le 15 novembre 2024

Mesdames,

En février 2023, la ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, a engagé la mise en œuvre d'un programme pluriannuel de contrôle des EHPAD sur l'ensemble du territoire national. Sa poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS. Il s'inscrit dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

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

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur pièces de l'EHPAD Assomption (FINESS géographique 750068959) situé au 19 rue de l'Assomption, 75016 Paris, géré par EMEIS, qui sera mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

Ce contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L313-13. 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 44 82 00 00
@sebsan@ars.iledefrance.fr

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

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

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

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

Le contrôle, sur pièces, sera réalisé à compter du 15 novembre 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,

Pour la Maire de Paris et par délégation,

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris



Annexe 2 : Liste des documents demandés

Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces Assomption

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

37	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	Oui
38	Procédure d'admission des résidents	Oui
39	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)	Oui
40	Relevé des pesées et des IMC pour chaque résident accueillis dans la structure en année N-1 (Excel)	Oui, partiel que les pesées
41	Les 2 derniers CR et feuilles d'émargement de la commission de coordination gériatrique	Oui
42	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	Oui
43	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (Excel disponible sur Collecte Pro)	Oui
44	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)	Oui
45	Livret d'accueil du résident	Oui
46	Contrat de séjour d'un résident et ses annexes	Oui
47	Procédure relative aux contentions	Oui
48	RAMA	Oui
49	Convention pharmacie EHPAD	Oui
50	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	Partiel pas la liste AS habilitées
51	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	Oui
52	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	Oui
53	Le planning des intervenants paramédicaux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) : avec indication pour chaque professionnel de son identité, sa qualification, le nombre de résidents pris en charge sur le trimestre t-1	Oui