



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Agence Régionale de Santé
Île-de-France

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
Résidence GRENELLE
3-5 avenue Delecourt , 75015 PARIS
N° FINESS : 750803769**

RAPPORT DE CONTRÔLE

N°2023_IDF_00251

Contrôle sur pièces du 6 octobre 2023

Mission conduite par

- Madame Dahlia ELENGA, coordonnatrice de la mission d'inspection, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Diana DINU, chargée de mission personnes âgées, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Madame Dominique GRUJARD, chargée du contrôle des ESMS Parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris
- Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure du génie sanitaire, responsable du Pôle Santé environnement, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

Note d'information

Madame Dominique Grujard Madame Diana Dinu ayant quitté la mission, conformément au courrier d'information annexé au présent rapport, elles ont été remplacées par Monsieur Frédéric MUSSO, signataire du présent rapport, et Monsieur Conrad Lajusticia

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	6
Contexte de la mission d'inspection	6
Modalités de mise en œuvre	6
Présentation de l'établissement	7
Constats	9
Gouvernance	10
Conformité aux conditions de l'autorisation	10
Management et Stratégie	11
Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS)	13
Gestion de la qualité	14
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	16
Fonctions support	101
Gestion des ressources humaines	19
Prises en charge	36
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	36
Respect des droits des personnes	38
Soins	39
Coordination avec les autres secteurs	41
Nbre	44
Référence	44
Ecart	44
Nbre	46
Référence	46
Remarques	46
Conclusion	48
Glossaire	49
Annexes	50
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	50
Annexe 2 : Lettre de mission modificatrice	52
Annexe 3 : Liste des documents demandés	54

Synthèse

Données générales sur l'établissement			
Nom	Résidence Grenelle	Capacité hébergement permanent	124
Adresses	3-5 rue Delecourt	Places habilitées aide sociale	0
Arrondissement	75015	Présence d'une UVP	0
Gestionnaire	Chemin d'Espérance	Places en UHR	0
Statut juridique	Privé non lucratif	Places en PASA	14
L'établissement a signé un CPOM le 3 octobre 2019			

Éléments déclencheurs de la mission

Le présent contrôle sur pièces, 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 6 octobre 2023 par l'ARS et la ville de Paris avec annonce préalable à l'établissement. La délégation départementale de l'ARS et la Ville de Paris ont été informés du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision.

L'analyse a porté sur les constats faits uniquement sur pièces. Un certain nombre des documents demandés a été transmis par la Direction de l'établissement 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

- L'établissement dispose d'un trinôme de direction composé d'un directeur, d'un médecin coordonnateur et d'une IDEC.
- L'établissement est conforme aux conditions d'autorisation.
- La prise en charge du résident, de l'admission à la sortie est bien organisée.
- Les professionnels bénéficient d'un plan de formation varié et complet.

Écarts et remarques constatés par la mission

L'établissement est concerné par 28 écarts et 30 remarques.

Écarts :

- L'absence de projet spécifique de service du PASA et/ou de l'UHR contrevient aux dispositions des articles D312-155-0-1 et D312-155-0-2 du CASF.
- En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CSF.
- La composition du CSV et la rédaction des comptes-rendus ne sont pas conformes à la réglementation en vigueur.
- Les documents transmis concernant le plan bleu sont incomplets (manque fiche des annexes) et ne garantissent pas la sécurité des prises en charge conformément à l'article L.311-3 du CASF

- La politique de promotion de la bientraitance n'est pas mise en valeur dans les documents de communication pour sensibiliser les professionnels et les résidents à cette thématique.
- Des suspicions ou faits de maltraitance n'ont pas été déclarés aux autorités de contrôle ce qui contrevient à l'article 434-3 du code pénal.
- En ne déclarant pas aux autorités administratives compétentes la totalité des dysfonctionnements graves dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées, l'établissement contrevient à L. 331-8-1 du CASF.
- La mission ne peut s'assurer que la commission de coordination gériatrique peut se réunir au moins une fois par an ce qui contrevient à l'article D312-158 3° du CASF.
- Le système d'appel malade n'est pas mis à jour ce qui ne garantit pas la sécurité du résident et contrevient à l'article L311-3 du CASF
- En n'assurant pas l'information aux résidents de la liste des personnes qualifiées, la direction contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 6° du CASF
- L'établissement n'a pas transmis la fiche récapitulative du DTA
- La convention de collecte des DASRI est obsolète. L'établissement n'est pas en conformité avec les textes en vigueur.
- Les bordereaux de suivi des DASRI dans le cadre d'un traitement avec regroupement n'ont pas été transmis. Cela ne permet pas d'attester de la réalisation du traitement des DASRI.
- Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur.

Remarques

- Il n'y a pas d'enquête de satisfaction au sein de l'EHPAD, ce qui ne permet pas de rechercher l'avis des résidents dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.
- Le livret d'accueil ne précise pas si l'établissement met en place des pratiques organisées de soutien aux professionnels (analyses de pratiques, tutorat, groupes de parole).
- En l'absence de documents transmis, la mission ne peut s'assurer des tâches des AMP et des agents de soins.
- En l'absence de documents transmis, le suivi de la mise à jour des PAP ne peut être vérifié par la mission.
- Les diverses contentions sont mentionnées dans le RAMA sans toutefois que le nombre de contentions ne soit comptabilisé.
- D'après les documents transmis, tous les résidents ne bénéficient pas d'une évaluation gériatrique complète
- Certains aspects tels que la sédation profonde, les directives anticipées, la personne de confiance n'apparaissent pas dans le protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie. Par ailleurs, ce protocole a été rédigé par le groupe et non par l'établissement.
- La mission ne peut s'assurer que la présence des kinésithérapeutes est régulière au cours de la semaine
- Les analyses contiennent plusieurs départs et retours de boucles. Il conviendrait de bien les différencier (Cf analyse 2022).
- La direction ne s'assure pas que l'ensemble des mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) sont réalisées régulièrement.

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 d'inspection

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

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

Les informations connues par l'ARS et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD « Grenelle », situé au 3-5 rue Delecourt, 75015 Paris, FINESS n° 750803769, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan :

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

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

GOVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines (RH)

PRISE EN CHARGE

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

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

10. Coordination avec les autres secteurs

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 6 octobre 2023, avec annonce préalable à l'établissement.

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

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

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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 3-5 rue Delecourt à Paris (75015), l'EHPAD «Grenelle» est géré par l'association « CHEMINS D'ESPERANCE » dont le siège social est domicilié au 57 rue Violet 75015 Paris.

L'Association « Chemins d'Espérance » est née le 1er janvier 2015 du regroupement des associations « Espérance et Accueil » et « Partage Solidarité Accueil » fondées respectivement en 1971 et en 1989 par des congrégations religieuses catholiques avec l'appui de bénévoles laïcs. Le site sur lequel est construit l'EHPAD est la propriété de la congrégation des Petites Sœurs de l'Assomption.

L'établissement dispose de 124 places en hébergement permanent répartis sur deux unités : Antoinette FAGE et Etienne Pernet. 14 places sont réservées pour le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés.

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

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS le GMP s'élève à [REDACTED] au 07/12/2018» et le PMP à [REDACTED] au 28/11/2018». Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en dessous des chiffres médians régionaux¹ mentionnés en note de bas de page pour le GMP et au-dessus pour le PMP.

Les 122 résidents présents le 6 octobre 2023 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
Grenelle le 8/10/2023	[REDACTED]				
IDF ² 2021	14,29%	40,31%	19,51%	17,92%	2,78%

L'établissement est organisé en 2 unités,

Unité	Nombre de lits
Unité Antoinette Fage, ouverte en 1995	64
Unité Etienne Pernet, inaugurée en 1997	60 dont 14 PASA
Total	

Selon l'ERRD 2022, les produits de la tarification réalisés se répartissent comme suit :

Dépendances	Soins
817 480 €	2 291 093

Le montant du forfait global Dépendance autorisé est fixé à 816 865,00 € pour l'année 2023.

La décision tarifaire (modificative) de l'ARS IDF en date du 28 novembre 2022 fixe le forfait global soins pour le 1er janvier 2023 à 2 609 624, 21 euros.

Le CPOM a été signé le 3 octobre 2019. Ses principaux objectifs sont :

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

² La médiane d'Île-de-France issue du tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2022 sur les données de 2021)

- Renforcer la coordination des soins afin de réduire les hospitalisations évitables et de renforcer la prise en charge en soins palliatifs
- Améliorer la prise en charge des troubles psycho-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer et l'accès à l'hygiène et la santé bucco-dentaire des résidents
- Fidéliser les personnels et stabiliser les équipes soignantes
- Maintenir ou tendre vers un taux d'occupation élevé
- Maintenir la qualité et renforcer l'individualisation de la prise en charge
- Favoriser le développement durable et la responsabilité sociétale des établissements

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	«GRENELLE»	
Nom de l'organisme gestionnaire	«Chemins d'esperance»	
Numéro FINESS géographique	«750803769 »	
Numéro FINESS juridique	« 750057291 »	
Statut juridique	«Privé non lucratif »	
Pharmacie à usage interne (PUI)	NON	
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée
	HP ³	124
	HT ⁴	0
	UVP ⁵	0
	PASA ⁶	14
	UHR ⁷	0
	UPHV ⁸	0
	AJ ⁹	0
	AN ¹⁰	0
	PFR ¹¹	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0	

³ Hébergement permanent

⁴ Hébergement temporaire

⁵ Unité de vie protégée / unité protégée

⁶ Pôle d'activité et de soins adaptés

⁷ Unité d'hébergement renforcée

⁸ Unité pour personnes âgées vieillissantes

⁹ Accueil de jour

¹⁰ Accueil de nuit

¹¹ Plateformes d'accompagnement et de répit

Constats

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

Ecart : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire ;

Remarque : 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
La conformité aux conditions de l'autorisation		
	Autorisation donnée en juillet 2001 à l'association « Partage Solidarité Accueil » de créer un EHPAD d'une capacité de 124 lits et 10 places d'accueil de jour. Un avis favorable à la labellisation d'un PASA de 14 places a été donné le 28 juillet 2010.	
	En 2015, création de l'association CHEMINS D'ESPERANCE par la fusion de Partage Solidarité Accueil et Espérance & Accueil. L'association Chemin d'espérance devient gestionnaire de l'EHPAD Grenelle pour une capacité de 124 lits.	
	L'établissement dispose de 124 places d'hébergement permanent dont 14 places pour le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés.	
1.1.1.2	L'établissement est habilité à l'aide sociale. Il dispose d'une place habilitée à l'aide sociale.	
1.1.3.1	Au jour du contrôle l'établissement accueillait 122 résidents. Le taux d'occupation est de  %.	Ecart n°1 : L'absence de projet spécifique de service du PASA contrevient aux dispositions des articles D312-155-0-1 et D312-155-0-2 du CASF.
1.1.2.2	Répartition des résidents en fonction du GIR	
	Au 6 octobre 2023,  Ces proportions sont conformes à la réglementation.	
	Le projet du PASA	
	Un projet de présentation du PASA à des bénévoles datant de 2017 a été fourni à la mission. Il ne s'agit pas d'un projet spécifique au PASA.	

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Le règlement de fonctionnement		
1.2.1.1	Un règlement de fonctionnement datant de 2018. Il précise que le règlement de fonctionnement est remis au résident et affiché dans les locaux. Il a été présenté au CVS et aux institutions représentatives du personnel.	
Le contenu du règlement de fonctionnement		
1.2.1.2	Le règlement de fonctionnement contient les dispositions obligatoires prévues dans le CASF, il est conforme à la réglementation.	
Le projet d'établissement et son contenu		
1.2.1.4	Le projet d'établissement n'est pas daté. Il fait référence à l'association Partage Solidarité Accueil, une convention tripartite portant sur la période du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2012 ce qui laisse supposer que le document n'a pas été mis à jour lors de la reprise en gestion par l'association Chemin d'espérance et n'est pas renouvelé tous les 5 ans.	Ecart n°2 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.
1.2.1.5	Le contenu du projet d'établissement est conforme à la réglementation. La politique de bientraitance est présentée mais compte tenu de la datation du document, il convient d'être précautionneux sur l'exactitude des informations (par exemple le nom du référent bientraitance est cité mais la personne n'est plus dans les effectifs).	
Le plan bleu		
1.2.1.6	Le plan bleu mis à jour le 2 juin 2023 a été transmis mais sans communication des fiches actions décrivant les procédures. Les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sont donc difficiles à évaluer. La mission de contrôle ne peut notamment pas évaluer si celles-ci prennent bien en compte l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en particulier les : - procédure en cas de rupture de flux (électricité, eau potable, ...) en prenant en compte le DARDE, - procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement, - procédure de rappel du personnel, - procédure de gestion des décès massifs, - procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan.	Ecart n°3 : Les documents du plan bleu transmis sont incomplets (manque fiche actions des annexes), ainsi le plan bleu transmis n'est pas en conformité avec l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La direction	
1.2.2.1	Un directeur est en poste pour l'EHPAD Grenelle. Il exerce en même temps la fonction de direction du Pôle Paris Chemins d'espérance (coordination de 3 EHPAD) et de l'EHPAD Grenelle depuis le [REDACTED]	Ecart n°4 : Le directeur en poste dans l'établissement cumule cette fonction avec un poste de direction du Pôle Paris Chemins d'espérance, il ne peut de ce fait exercer pleinement ces fonctions de directeur dans l'EHPAD (Article D 312-176-5 CASF).
1.2.2.6	Une fiche de poste précise les missions de directeur de pôle, la fiche emploi spécifique aux missions de directeur d'établissement n'a pas été transmise.	
1.2.2.7	Le directeur est titulaire d'un master [REDACTED] conforme à la réglementation.	Remarque 1 : L'établissement ne dispose pas d'un organigramme présentant les liens hiérarchiques.
	Un organigramme fonctionnel de l'établissement en date de septembre 2023 a été transmis, il ne présente pas les liens hiérarchiques.	
	Les astreintes	
1.2.2.8	Les cadres de l'établissement effectuent par roulement hebdomadaire les astreintes. Une procédure permet d'organiser les appels de l'Astreinte Administrative.	
	Les délégations	
1.2.2.10	Un tableau intitulé « Document Unique de Délégation » présente les actes en délégation, en subdélégation, les délégations de pouvoir et de signature. Cependant il ne s'agit pas d'un document formalisant par écrit les délégations accordées au directeur d'établissement.	Remarque 2 : Les délégations de pouvoir au directeur de l'établissement ne sont pas formalisées et formalisées.
	Présence et qualifications de l'IDEC	
1.2.2.12	Une IDEC est présente à 100% dans l'établissement [REDACTED] son titre évolue de responsable des soins en directrice des soins. Diplômée d'Etat en 2015, elle est également titulaire d'un [REDACTED] Une fiche de poste de Directrice de soins décrit ses différentes missions. Cependant, le diplôme de cadre de santé n'a pas été transmis.	Remarque 3 : Le diplôme de cadre de santé de l'IDEC n'a pas été transmis.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Au regard de l'article D.311-5 du CASF, la composition n'est pas conforme dans la mesure où il n'y a pas de représentant des professionnels employés par l'établissement, pas de représentant de l'équipe médico-soignante et non présence du Medco. Les membres suivants ne peuvent siéger au CVS en qualité de membres de droits : les Sœurs, les responsables de la communauté, le représentant du Maire et le directeur de l'établissement. Cette composition ne respecte pas les dispositions dudit article : « 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 ». Les comptes rendus sont suffisamment détaillés, rédigés par l'adjointe de direction qui est secrétaire de séance. Ils précisent les personnes présentes et absentes, par représentation, sans distinguer les personnes titulaires des suppléants. Les suppléants peuvent siéger sans disposer du droit de vote, sauf en l'absence du titulaire. Les comptes-rendus ne précisent pas dans les points à l'ordre du jour s'ils sont présentés pour avis, avec vote, ou pour information et ne font pas apparaître les votes. Les comptes rendus sont signés du président, du secrétaire de séance et du directeur. Ce dernier ne peut être signataire puisqu'il siége avec voix consultative.	
1.3.3.2	Présentation des EI et dysfonctionnement en CVS Les CR des 4 CVS réalisés en 2022 ne laissent pas apparaître d'information sur les EI et dysfonctionnements ni de présentation des actions correctives mises en œuvre. Le compte rendu du CVS de mars 2023 évoque la démarche qualité et à ce titre, un point est fait sur les plaintes et les EI. Il est proposé de faire un point à chaque CVS sur le nombre de déclarations effectuées et traitées.	

Gestion de la qualité

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.4.1.7	La démarche qualité L'établissement a transmis à la mission un tableau représentant le plan d'action de l'année 2023 dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité des prises en charges. Il précise que les actions sont issues des EI 2023. Les objectifs sont classés par thématiques : -Animations -Circuit du médicament -Communication -Dysfonctionnement logiciel	

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
	-Organisation du travail -Problèmes techniques* Restauration Nutrition -Ressources Humaines -Sécurités -Soins -Travaux Ce tableau identifie les personnes responsables des actions, les échéances, les niveaux de priorité et le statut. 17 actions sont traitées, 6 en cours et 9 non traitées. La mission ne peut affirmer que le PACQ fait l'objet d'un suivi en COPIL qualité en l'absence de transmission des documents.	
1.4.2.1	Les évaluations externes et interne L'établissement a réalisé l'évaluation interne en aout 2012 et l'évaluation externe en juillet 2013.	Ecart n°7 : L'évaluation externe présentée date de plus de 5 cinq ce qui contrevient à l'article D.312-204 du CASF.
1.4.3.1	La promotion de la bientraitance L'établissement s'est engagé dans la politique de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance. Il décrit dans le projet d'établissement cette volonté qui se traduit par : la désignation d'un cadre-référent « Bientraitance » ; le suivi d'un tableau de bord de gestion des risques de maltraitance ; la réunion semestrielle d'un comité de suivi piloté par le cadre-référent « Bientraitance » afin de faire un bilan périodique du tableau de bord des risques et de proposer les orientations à soumettre au directeur d'établissement : • l'établissement d'une procédure de traitement des faits de maltraitance ; • l'organisation d'un programme semestrielle de formation externalisée sur la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance à raison de 2 X 15 employés/an pour les personnels de toutes les catégories de métier ; • la mise en place d'un document de recueil des événements indésirables. La mission ne peut savoir si tous ces engagements sont opérationnels. D'autre part, la promotion de la bientraitance n'est pas visible dans les documents de communication, elle n'apparaît pas dans le livret d'accueil des résidents (les coordonnées du numéro national 3977 et du numéro parisien ALMA ne sont pas indiqués), ni dans le livret d'accueil des professionnels. La mission constate que le thème de la bientraitance est bien inscrit au plan de formation pour 12 professionnels en 2022, 40 en 2023 et pour un prévisionnel de 80 professionnels en 2024.	Remarque 4 : La politique de promotion de la bientraitance n'est pas mentionnée dans les documents de communication pour sensibiliser les professionnels et les résidents à cette thématique.

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le projet d'établissement fait référence à l'organisation depuis 2005 une réunion mensuelle de groupe de parole basée sur le volontariat, animé par une psychanalyste extérieure afin que les personnels débattent sur des sujets divers comme la démence de certains résidents, le travail de deuil, les violences, l'agressivité de certaines personnes. La mission s'interroge sur la poursuite de ces groupes d'expression compte tenu de la date de lancement (2005).	
1.4.3.2	Maltraïtance La mission n'a pas connaissance de procédure spécifique aux situations de violences, harcèlements sexuels ni en cas d'agression. La liste des EI/EIG transmise par l'établissement contient plusieurs situations relevant de comportements inadaptés, de sorties inopinées, d'appels au commissariat... Ces événements ne sont pas systématiquement déclarés aux autorités de tutelle.	Ecart n°8 : Des suspicions ou faits de maltraitance n'ont pas été déclarés aux autorités de contrôle ce qui contrevient à l'article L 331-8-1 CASF.
1.4.3.3	Les statistiques avancées EI portant sur l'année 2023 indiquent 17 situations de comportement inadapté et violence et 3 suspicions de maltraitance sans pour autant que les autorités de contrôle n'aient été informées. La mission s'interroge sur l'effectivité par l'établissement de signaler auprès des autorités judiciaires ou auprès du procureur de la République les situations lorsque la situation l'exige et si les salariés sont informés de leur protection en cas de témoignage d'actes de maltraitance (article L. 312-24 du CASF).	Remarque 5 : L'établissement n'a pas de procédure relative aux situations de violence, de harcèlements sexuels et d'agression.

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.5.1.1	Les enquêtes de satisfaction L'établissement n'a pas transmis les enquêtes de satisfaction des années 2022 et 2023. Pourtant le CR du CVS du 30 mars 2023 informait de la diffusion d'une prochaine enquête de satisfaction à l'attention des résidents et des familles afin d'élaborer un plan d'action. Les plaintes et réclamations Une procédure en date du 5 janvier 2023 a pour objet de « formaliser le traitement et le suivi des réclamations et plaintes exprimées par la personne accompagnée et/ou l'un de ses proches dans tous les établissements et services de l'Association.	Remarque 6 : Il n'y a pas d'enquête de satisfaction au sein de l'EH PAD, ce qui ne permet pas de rechercher l'avis des résidents dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les réclamations et plaintes sont saisies dans un logiciel qui permet d'améliorer la traçabilité, d'extraire les bilans réguliers et de suivre de façon plus fluide les actions d'amélioration en lien avec la réclamation. Ces éléments sont aussi conservés dans un classeur dédié et rangés dans un placard sécurisé. » L'équipe d'encadrement répond dans les plus brefs délais de façon personnalisée. Lors des CODIR des analyses sont réalisées et un bilan annuel est prévu pour présentation au CVS et au personnel.	
1.5.1.3	Les procédures de traitement des événements indésirables (EI) et événements indésirables graves (EIG) Une procédure spécifique aux EI/EIG est datée du 5 janvier 2023 également. Tous les événements sont à déclarer dans le logiciel C'est la direction qui transmet les signalements externes aux autorités ou direction générale. Un COPIL réunit tous les 2 mois examine les situations et élabore un plan d'action. Le professionnel déclarant reçoit via le logiciel un retour sur l'état d'avancement du traitement de sa déclaration, avec les actions décidées. <u>Formations :</u> Les plans formations des professionnels transmis ne mentionnent pas de formation sur la déclaration des EI/EIG.	Remarque 7 : La procédure de gestion des EI/EIG ne mentionne pas l'obligation de signalement au procureur lorsqu'il s'agit d'une suspicion de maltraitance, de situations de violences, de harcèlements sexuels ou de situations d'agression. Remarque 8 : Les plans formations des professionnels ne mentionnent pas de formation sur la déclaration des EI/EIG.

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les modalités de suivi et d'analyse : 1.5.1.5 1.5.1.6 Les statistiques EI portant sur l'année 2023 indiquent 17 situations de comportement inadapté et violence et 3 suspicions de maltraitance. Ces situations constituent des EIG. Pourtant, aucun RETEX de ceux-ci n'ont été transmis lors du présent contrôle. De plus, la déclaration de ces EIG aux autorités de contrôle sont obligatoires. Or ni l'ARS, ni la Ville de Paris n'ont été informés de ces EIG avant le présent contrôle.	Ecart n°9 : En ne déclarant pas aux autorités administratives compétentes la totalité des dysfonctionnements graves dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées, l'établissement contrevient à L. 331-8-1 du CASF. Remarque 9 : Aucun RETEX d'EI n'a été transmis lors du présent contrôle.

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

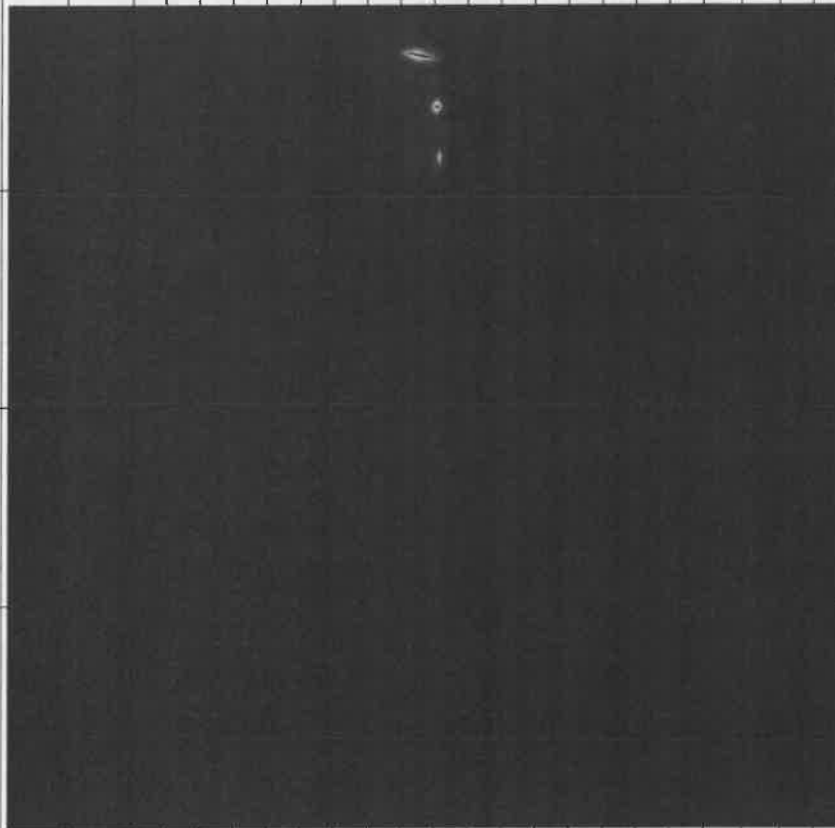
N°IGA
S

Observations ou commentaires

Constat E/R

La composition de l'équipe :

A la date du contrôle l'équipe de l'établissement est composée de la façon suivante :

FONCTIONS	Nbre selon Registre Personnel	Nbre Temps Partiels	Nbre ETP Organigramme	Ecart ETP
Accompagnateur vie santé				
Agent service logistique				
Agent soins				
Agent service hôtelier				
Agent qualité				
AES				
AS				
ASH nuit				
Assistant administratif				
AVS				
Cadre administratif				
Animateur				
IDEC				
Directeur				
Directeur adjoint				
Employé accueil				
Employé administratif				
Lingère				
Ergothérapeute				
IDE				
Medco				
Ouvrier logistique				
Psychologue				

2.1.1.1

Ecart n°10 : La Mission de contrôle a pu identifier que les agent dénommés « agent de service logistique » exercent tantôt des fonctions d'aide-soignant, tantôt des fonctions d'agent de service hôtelier ce qui contrevient aux articles L.311-3 1° & 3° du CASF.

Ecart n°11 : L'équipe de l'établissement n'est pas stabilisée et le recours à de nombreux CDD en fragilise la cohésion (Article L.311-3, 3° du CASF).

Remarque n°10 : Les documents transmis ne permettent d'établir une situation fiable de l'équipe qui intervient dans l'établissement.

Remarque n°11 : Les fonctions et rôles des agents de soins et de l'accompagnateur vie et santé ne sont pas explicites.

Psychomot	
Responsable soins	
Veilleur nuit	
TOTAUX	

L'établissement a transmis le registre du personnel et un organigramme détaillé, présentant notamment les ETP par professionnel. Ces documents ne concordent pas et ne permettent pas d'établir une version stabilisée des effectifs dans l'établissement. Dans le tableau ci-dessus, la colonne « Nbre selon registre personnel » reprend les données du registre du personnel, soit les fonctions des personnels et le nombre d'agents concernés. La colonne « Nbre ETP Organigramme » reprend les données fournies par l'organigramme et la Mission de contrôle a consolidé celles-ci avec le registre du personnel car les appellations des professionnels ne sont pas toujours identiques. La colonne « Ecart ETP » est la différence entre ces deux colonnes.

Selon l'organigramme, l'établissement dispose de [REDACTED] salariés pour un équivalent temps plein de [REDACTED]. Selon le registre du personnel, l'équipe est composée de [REDACTED] agents en CDI. Pour des raisons de commodité et des informations à disposition, la Mission de contrôle s'appuie sur le registre du personnel. Le nombre de postes vacants n'a pu être identifié, que ce soit à partir du registre ou de l'organigramme.

Sur ces [REDACTED] agents, [REDACTED] ont été identifiés comme exerçant à temps partiel, il s'agit des professions suivantes (deuxième colonne du tableau) :

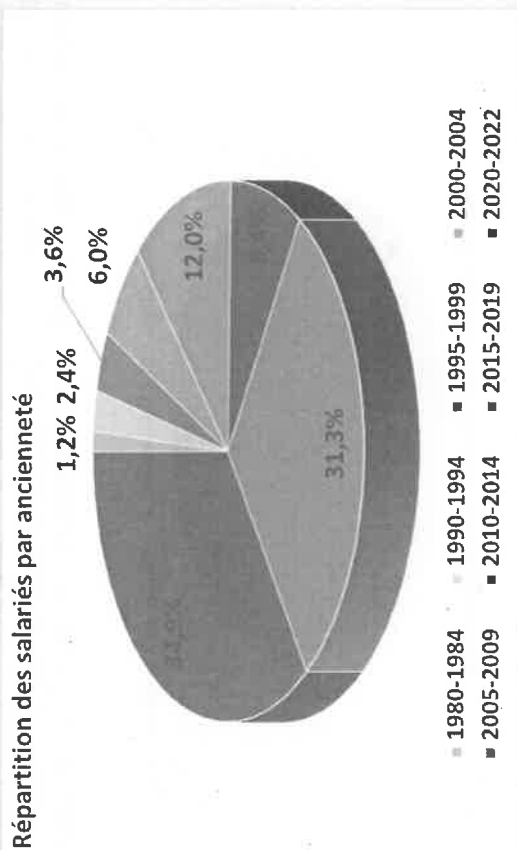
- Médecin coordonnateur,
- Psychomotricien,
- Infirmier,
- Cadre d'animation,
- Employé administratif,
- Employé d'accueil,
- Agent de service logistique,
- Veilleur de nuit.

La Mission de contrôle a pu identifier que les [REDACTED] agent dénommés « agent de service logistique » exercent tantôt des fonctions d'aide-soignant, tantôt des fonctions d'agent de service hôtelier (Cf. fiche de tâches horaires). Ne pouvant être considérés comme des professionnels diplômés (AS ou AES), la dénomination de ces agents est à préciser en fonction de leurs missions, soit en tant qu'agent de service hôtelier, soit en tant qu'auxiliaire de vie.

Les fonctions des agents de soins et de l'accompagnateur vie et santé n'ont pu être identifiées.

L'équipe est composée à 95,2 % de femmes et à 4,8 % d'hommes.

Les données fournies par le registre du personnel permettent d'établir la répartition de l'équipe en fonction de leur ancienneté dans l'établissement :

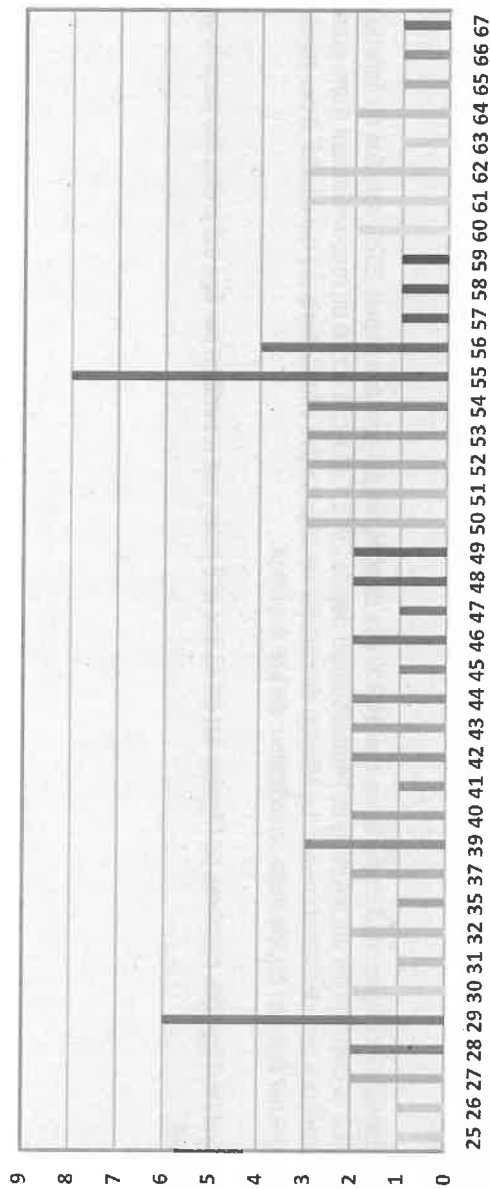


L'amplitude d'ancienneté dans l'établissement est forte puisque le personnel le plus ancien est entré dans l'équipe en 1980, soit depuis 43 ans. Le nombre de salariés présents dans l'établissement depuis au moins 20 ans reste peu élevé même s'il représente 13,2 % des effectifs. Cela témoigne d'une fidélisation d'une partie du personnel, ce qui permet d'assurer pour partie la stabilité de l'équipe.

Ce graphique met également en évidence que 34,9 % des salariés ont été recrutés depuis 2020, soit plus du tiers du personnel. Ce sont 66,2 % des effectifs qui ont intégrés l'établissement depuis 2015. Celui-ci a connu un renouvellement d'une grande part de son personnel ces sept dernières années. La Mission de contrôle ne dispose des informations qui ont conduit à ces renouvellements, la structure par âge de l'équipe reste un indicateur de son évolution.

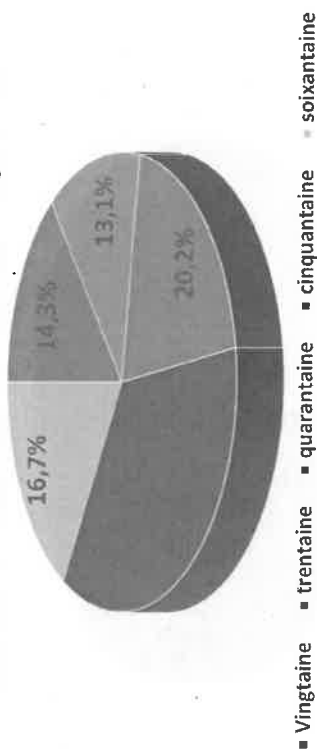
La moyenne d'âge des membres de l'équipe est de 48 ans et 8 mois, leur répartition par âge est présentée dans le graphique ci-dessous :

Répartition par âge de l'équipe



Si l'amplitude des âges est importante, puisqu'elle s'étend de 25 ans à 67 ans, elle est marquée par une plus forte proportion entre 50 et 56 ans. Le graphique ci-dessous reprend la répartition de l'équipe par tranche d'âge (dizaine) :

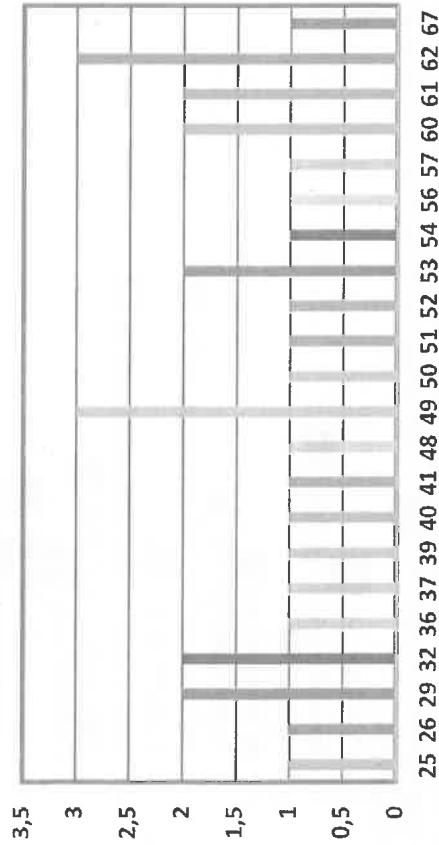
Répartition des salariés par tranche d'âges



Ce sont 35,7 % des membres de l'équipe qui ont entre 50 et 59 ans. La part au-delà de 50, en y incluant les 60 ans et plus, est de 52,4 %. L'équipe est marquée par un déséquilibre dans sa structuration par âge. L'établissement va être confronté à un grand nombre de départs dans les années à venir, ce qui va conduire à une entrée importante de nouveaux professionnels.

Du point de vue de l'équipe soignante (AS, AES, Agents de soins, AVS diplômés – les agents de service logistique occupant alternativement des fonctions d'auxiliaire de vie et d'agent de service hôtelier non pas été comptabilisés), le graphique ci-dessous présente sa répartition par âge :

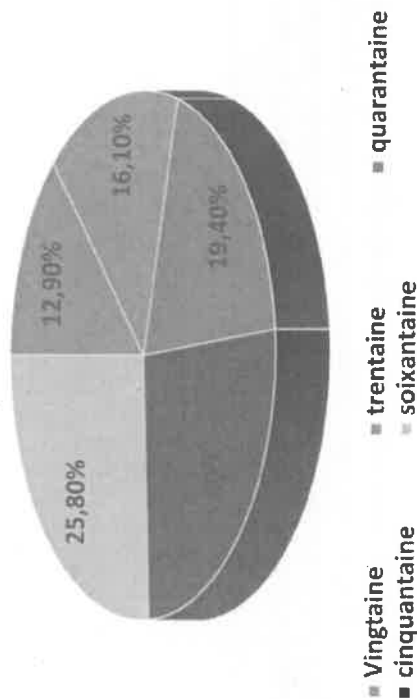
Répartition par âge de l'équipe de soins



Ce graphique met en évidence que la structure par âge de l'équipe soignante est plus élevée que celle de l'équipe de l'établissement. La moyenne d'âge est à 48,1 ans et la médiane est à 50 ans. Il fait apparaître une proportion plus importante à partir de 60 ans.

Le graphique ci-dessous confirme la part importante des 60 ans et plus dans la composition de l'équipe soignante, puisqu'ils en représentent 25,80 %. Si l'on y ajoute les 50 ans et plus, ce sont 51,6 % de l'équipe soignante qui se retrouve concerné dans ces classes d'âge. L'établissement va être confronté à un renouvellement important de son équipe de soins dans les années à venir, ce qui est de nature à déstabiliser le fonctionnement de cette équipe et à fragiliser la prise en charge des résidents.

Répartition de l'équipe de soins par tranche d'âges

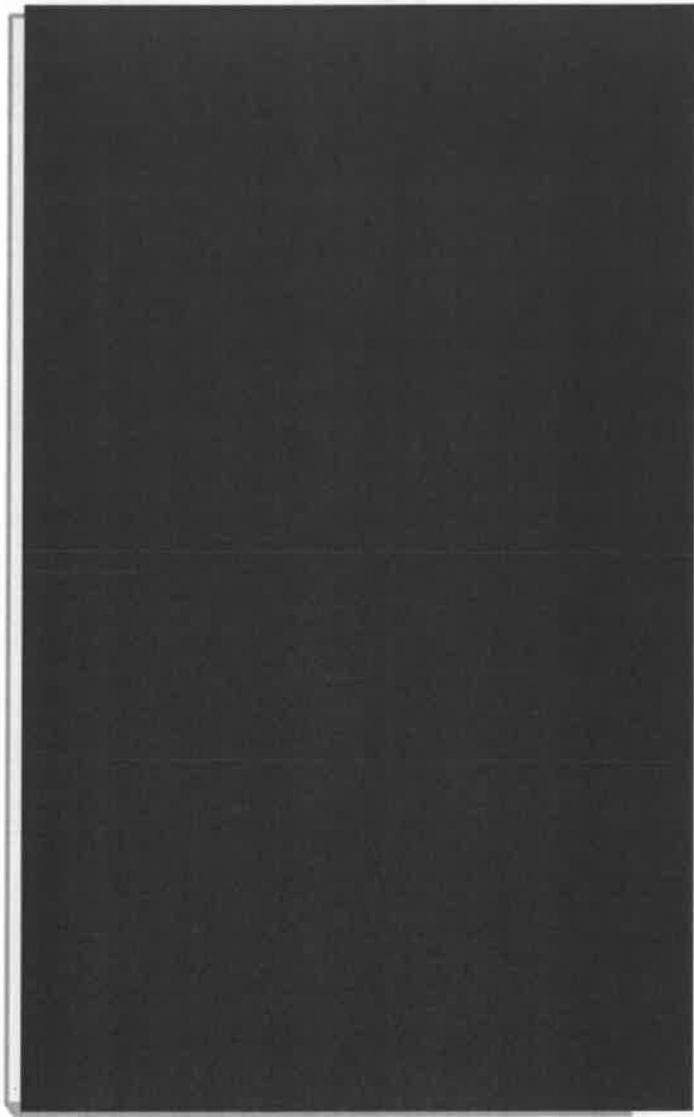


Le recrutement des contractuels

L'établissement a recours aux contractuels pour assurer les remplacements des salariés titulaires. Au cours de l'année 2022, l'établissement a eu recours à 1 contractuels sur la totalité de l'année dont les professions concernées sont les suivantes par ordre d'importance :

- Aide-soignant : 1
- Agent de service logistique : 1
- Infirmier : 1
- Agent de soins : 1
- Employé administratif : 1
- Accompagnant éducatif et social (ex AMP) : 1
- Auxiliaire de vie : 1
- Sans précision de la profession exercée : 1
- Agent de service hôtelier : 1
- Cadre de santé : 1
- Assistant administratif : 1
- Directeur adjoint : 1
- Ouvrier de service logistique : 1

Il est à préciser que la fonction de 2 aides-soignants et d'1 auxiliaire de vie sociale ne précisait pas qu'ils étaient diplômés. La Mission de contrôle ne peut vérifier s'il s'agit de faisant-fonctions.

	Ces ● contractuels à durée déterminée ont bénéficié de [REDACTED] contrats au total, dont l'amplitude par salarié s'étend de 1 contrat à 67 contrats. La répartition du nombre de contrats par salarié est représentée dans le graphique ci-dessous (en abscisse le nombre de contrats, en ordonnée le nombre de bénéficiaires) :	
	Répartition du nombre de contrats par bénéficiaire 	
	L'importance du nombre de contractuels recrutés en une année, ainsi que le nombre de contrats pour de courtes durées, fragilise la cohésion de l'équipe et est de nature à remettre en cause la qualité de la prise en charge des résidents.	

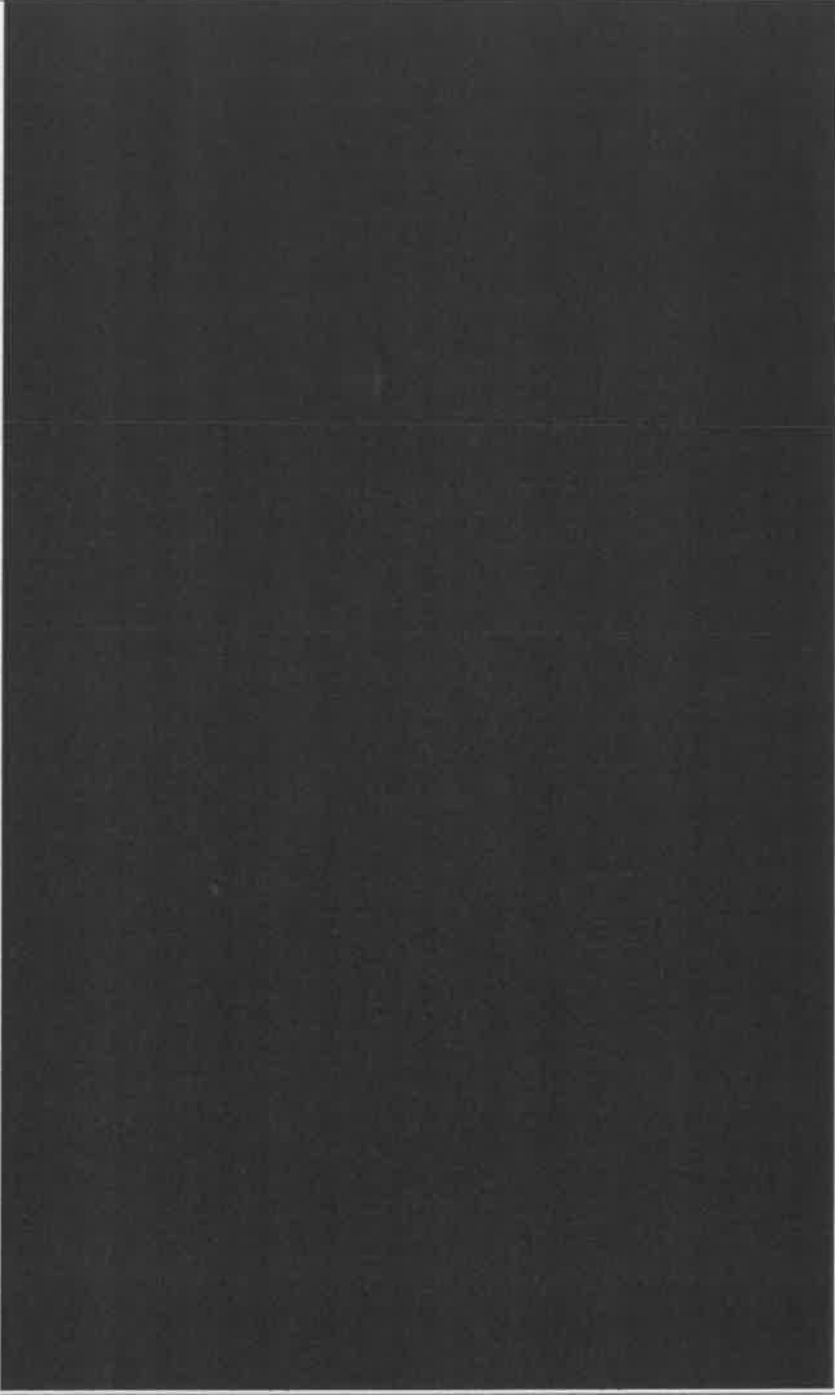
	La Mission de contrôle tient à souligner que l'établissement accueille également en 2023 deux salariés en contrat d'apprentissage, un aide-soignant et un employé administratif, et le registre du personnel a mis en évidence que le recours à ce type de contrats est régulier au sein de l'établissement.	
	Le taux de rotation du personnel et le taux d'absentéisme : 2024 (sur la base des données de 2023) : Absentéisme : 0% (médiane départementale : 8.31% / régionale : 9.82% / nationale : 10.74%) Rotation des personnels : 4.32% (médiane départementale 13.28% / régionale : 14.13% / nationale : 15%) 2.1.1.3 -L'établissement n'a pas rempli ses indicateurs en 2023. -2022 (sur la base des données de 2021) : Absentéisme : 21.87% (médiane départementale : 12.01% / régionale : 12.21% / nationale : 11.94%) Rotation des personnels : 12.21% (médiane départementale 13.52% / régionale : 13.54% / nationale : 13.54%) Le taux d'absentéisme était plutôt élevé en 2022, cependant l'ensemble des indicateurs se sont améliorés en 2023. Le recours à l'intérim : L'établissement n'a pas présenté de procédure relative à la gestion des absences du personnel de l'équipe de soins. La Mission de contrôle n'est pas en mesure d'établir que l'établissement a recours à l'intérim pour l'ensemble de l'équipe soignante. Le planning transmis mentionne le recours à l'intérim pour des IDE. Le plan de développement des compétences : L'établissement a transmis le plan développement des compétences pour les années 2022, 2023 et 2024. Ils présentent des formations collectives et des formations individuelles. Celles-ci sont réparties en fonction de trois critères : 1 (aura lieu obligatoirement), 2 (aura lieu si financement), 3 (n'est pas prioritaire). Les principes d'élaboration de ces plans sont évoqués dans le livret d'accueil du salarié : « Tous les ans, l'établissement élabore un plan de formation dont les axes répondent aux orientations du projet d'établissement, aux besoins de qualification et de promotion des personnels et aux besoins d'adaptation à la spécificité et à l'évolution de certaines activités. Le plan de formation annuel se décline en actions collectives, en actions individuelles et en participation à des congrès. » Le plan de 2022 comporte 18 formations (dont 3 en interne, 1 par le prestataire de l'établissement et 1 par le fonds régional), 6 sont des formations individuelles. La durée s'étend de 2 heures à 840 heures et concerne 181 salariés. La durée moyenne est de 13,5 jours, si l'on exclut les deux formations diplômantes, elle est de 3,8 jours. Celles-ci sont les suivantes : ➤ Catégorie 1 (10 formations, soit 55,6 %) : • Formation incendie,	
2.1.1.6	Remarque n°12 : L'établissement n'a pas transmis ni de procédure, ni de données sur le recours à l'intérim.	
2.1.2.1	Remarque n°13 : Le plan de développement des compétences n'a pas suffisamment recours aux ressources internes et il ne propose pas de formation au repérage de la maltraitance, ainsi qu'à la prise en charge des troubles du comportement et sensoriels.	

	• AFGSU 2, • Travailler de nuit, • Mieux connaître et comprendre la personne âgée, • Accueil des stagiaires / Tutorat, • Optimiser la qualité du service hôtelier (Non identifiée collective ou individuelle), • PRAP 25 (Identifiée comme individuelle, concerne 40 salariés), • Master 2 management des organisations médicales et médico-sociales (Individuelle), • Accompagnement de la VAE du DEAS (Individuelle), • DU fin de vie (Individuelle), ➤ Catégorie 2 (7 formations soit 38,9 %) : • Accompagnement à la fin de vie, • Bonnes pratiques de Grenelle, • Troubles de la déglutition, • Formation à la bonne utilisation des produits d'entretien, • Promouvoir la bientraitance, promouvoir le mieux-être, • Aromathérapie (Identifiée comme collective, ne concerne qu'un salarié), • Formation AS (Individuelle), ➤ Catégorie 3 (1 formation soit 5,5 %) : • Initiation informatique (Individuelle). Le plan de 2023 comporte 15 formations (dont 1 en interne), 4 sont des formations individuelles. La durée s'étend de 1 heure à 238 heures et concerne 201 salariés. La durée moyenne est de 6,5 jours, si l'on exclut les trois formations diplômantes, elle est de 2 jours. Celles-ci sont les suivantes : ➤ Catégorie 1 (10 formations soit 66,7 %) : • Bientraitance / Ethique, • PRAPS, • Incendie, • Service sur table / Art de la table, • Formation ASG, • Accueil des stagiaires / Tutorat, • Formations flash (sans précision du contenu), • Accompagnement VAE (Individuelle, mais 2 salariés concernés), • Licence pro gestion des établissements (Individuelle), • DU douleur, démarche palliative et soins palliatifs, ➤ Catégorie 2 (3 formations, soit 20 %) : • AFGSU,	
--	---	--

	• Hypnose, douleur et soins palliatifs, • Socio-esthétique (Individuelle), ➤ Catégorie 3 (2 formations, soit 13,3 %) : • Initiation informatique, • Toucher et massage en EHPAD. Il n'a pas été possible à la Mission de contrôle de s'assurer que l'ensemble des formations proposées dans ces deux plans ont bien été réalisées. Le plan prévisionnel pour 2024 comporte 6 formations (dont aucune en interne), aucune formation individuelle. La durée s'étend de 1 heure à 238 heures et concerne 248 salariés. La durée moyenne est de 1,5 jours. Celles-ci sont les suivantes : ➤ Catégorie 1 (4 formations soit 66,7 %) : • Formation incendie, • SI-Résident (pas d'indication de durée), • Bienveillance et éthique, • PRAP, ➤ Catégorie 2 (2 formations, soit 33,3 %) : • AFGSU, • Tutorat. Les formations proposées par l'établissement sont largement ouvertes à l'ensemble des salariés. Le recours aux ressources internes pour permettre une formation continue de l'équipe de soins n'est pas constant au fil des années. Il existe des formations sur la bienveillance, la douleur, la fin de vie et les gestes d'urgence. Le repérage de la maltraitance et la prise en charge des troubles du comportement et sensoriels ne sont pas pris en compte. Des formations qualifiantes sont proposées aux salariés.	
2.1.2.5	Le livret d'accueil des professionnels : Un livret d'accueil du nouveau salarié a été transmis par l'établissement. Il s'agit d'un document de 19 pages, non daté. Il ne dispose pas de sommaire, il aborde les points suivants : • Présentation des valeurs de l'association, • Présentation des 7 principes de l'accompagnement : ○ Vivre comme à la maison – Être ensemble, ○ Promouvoir l'autonomie du résident, ○ Prendre soin des personnes désorientées, ○ Garantir la place des familles, ○ Proposer un accompagnement spirituel, ○ S'ouvrir sur l'extérieur et à l'extérieur,	Remarque n°14 : Le livret d'accueil ne précise pas si l'établissement met en place des pratiques organisées de soutien aux professionnels (analyses de pratiques, groupes de parole).

	○ Accompagner la vie jusqu'au bout, • Un historique de l'établissement, • Un descriptif de l'établissement, • Les services rendus aux résidents, • Une équipe pluridisciplinaire, • Des dispositions générales, dont un point concerne la préparation de l'arrivée du salarié qui est accueilli à l'arrivée par son responsable qui fixera un rendez-vous afin : ○ D'effectuer une visite de l'établissement, ○ De recevoir une tenue et un casier, ○ D'expliquer l'organisation, ○ De présenter le planning, ○ De répondre aux différentes questions, ○ De remettre une plaquette contenant le livret ainsi que le livret V/s l'Age, le tableau synoptique, • Un tableau qui reprend les coordonnées internes, • La charte des droits et des libertés de la personne âgée (1 page) : ○ Le principe de non-discrimination, ○ Le droit à une prise en charge adaptée, ○ Le droit à l'information, ○ Le droit à l'expression et à la participation, ○ Le droit au refus, ○ Le droit au respect des liens familiaux, ○ Le droit à la protection, ○ Le droit à l'autonomie, ○ Le principe de prévention et de soutien, ○ Le droit à la citoyenneté, ○ Le droit à la pratique religieuse, ○ Le droit à la dignité et à l'intimité, • Des informations sur la situation de l'EHPAD. Le livret d'accueil ne précise pas au salarié comment les 7 principes de l'accompagnement et les 12 principes de la charte des droits et libertés du résident sont mis en œuvre dans le cadre de leur prise en charge. Il n'est pas précisé dans ce livret si l'établissement propose au salarié des pratiques organisées de soutien (analyses de pratiques, groupes de parole).	
--	---	--

Les plannings : En croisant les plannings et les fiches de tâches heurées, le planning type de l'équipe de soins s'établit de la façon suivante (en rouge les temps de pause, et la case barrée indique un quart d'heure) :	<table><tr><th>Plannings équipe de soins</th><th>6h45</th><th>7h</th><th>7h30</th><th>8h</th><th>8h30</th><th>9h</th><th>9h30</th><th>10h</th><th>10h30</th><th>11h</th><th>11h30</th><th>12h</th><th>12h30</th><th>13h</th><th>13h30</th><th>14h</th><th>14h30</th><th>15h</th><th>15h30</th><th>16h</th><th>16h30</th><th>17h</th><th>17h30</th><th>18h</th><th>18h30</th><th>19h</th><th>19h30</th><th>20h</th></tr><tr><td>IDE</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AS-AES 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AS-AES 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ASL 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ASL 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Plannings équipe de soins	6h45	7h	7h30	8h	8h30	9h	9h30	10h	10h30	11h	11h30	12h	12h30	13h	13h30	14h	14h30	15h	15h30	16h	16h30	17h	17h30	18h	18h30	19h	19h30	20h	IDE																													AS-AES 1																													AS-AES 2																													ASL 1																													ASL 2																												
Plannings équipe de soins	6h45	7h	7h30	8h	8h30	9h	9h30	10h	10h30	11h	11h30	12h	12h30	13h	13h30	14h	14h30	15h	15h30	16h	16h30	17h	17h30	18h	18h30	19h	19h30	20h																																																																																																																																																			
IDE																																																																																																																																																																															
AS-AES 1																																																																																																																																																																															
AS-AES 2																																																																																																																																																																															
ASL 1																																																																																																																																																																															
ASL 2																																																																																																																																																																															
2.1.4.5 L'équipe de soins est composée de l'IDE, des AS, des AES (ex AMP) et des ASH. Les fiches de tâches heurées des AES et des ASH n'ont pas été transmises et les plannings ne les distinguent pas dans les codes utilisés des AS ; la qualification est indiquée avec le nom de la personne concernée. La présence maximale de l'équipe est de 7h30 à 18h45. Les plannings types des agents de service logistique ont été ajoutés bien qu'ils ne fassent pas partie à proprement parler de l'équipe de soins. Leur présence permet de couvrir les trois temps de repas de la journée, petit-déjeuner déjeuner et dîner, ainsi que le goûter. Leur temps de pauses sont communs et décaler des temps de repas. L'établissement a fourni les plannings réalisés pour les mois de septembre et d'octobre et le planning prévisionnel pour le mois de novembre. Le planning de novembre permet de mettre en évidence le fonctionnement type de l'établissement. L'équipe de soins est organisée en équipe et contre-équipe par une alternance de 2/3 jours ce qui conduit une équipe à réaliser un week-end sur deux. Pour les deux bâtiments qui composent l'établissement, la présence IDE prévoit majoritairement 2 professionnels par jour, ce qui correspond à 1 infirmière pour 60 résidents et 1 infirmière pour 64 résidents. Les 4 IDE dans l'effectif ne permettent pas de couvrir tous les jours du mois en roulement par équipe/contre-équipe, cela conduit à introduire un décalage de planning pour permettre de couvrir tous les jours par une présence infirmière. La direction s'efforce de maintenir une équipe à 2 IDE, notamment par le recours à l'intérim. Dans le planning type de novembre, 9 jours du mois sont prévus avec une seule IDE. Exceptionnellement, 3 IDE sont présentes comme les 19 septembre, les 3 et 6 octobre, voire 4 le 2 octobre	Ecart n°12 : La présence infirmière est irrégulière et insuffisante pour permettre de maintenir la qualité des soins et la sécurité des résidents. (Cf. Article L.311-3 1° du CASF). Ecart n°13 : Le nombre de membres de l'équipe soignante n'est pas régulier en continue ce qui est de nature à remettre en cause la sécurité des résidents et la qualité de leur prise en charge. (Cf. Articles L.311-3 1° et 3° du CASF).																																																																																																																																																																														

2.1.4.2	La présence en continue de 2 IDE dans l'établissement n'est pas assurée. Cela conduit au mieux au report de soins, ce qui ne permet pas d'assurer la qualité des soins et la sécurité des résidents.  A l'exception du bâtiment Fage pour le mois d'octobre, le nombre de membres de l'équipe soignante n'est pas régulier et ne permet pas une prise en charge de qualité en continue. A titre d'exemple, les 21, 22 et 23 septembre, une seule IDE est présente, 6 membres d'équipe au bâtiment Pernet, et 8, 7, mais 5 le 22 au bâtiment Fage. Cette situation est de nature à remettre en cause la sécurité des résidents dans leur prise en charge.	Les fiches de tâches heurées :	Remarque n°15 : L'établissement n'a pas fourni de fiches de tâches heurées pour les
---------	---	--	---

	Des fiches de tâches horaires ont été transmises pour les AS de jour, les agents polyvalents, les assistantes de soins en gériologie, les infirmiers de jour, les AS de nuit, les A.S.L. entretien des chambres. L'IDE prend son poste à 7h30, pour terminer à 19h30. La fiche de tâches horaires reprend les missions principales suivantes : • Assure les transmissions orales et écrites, • Préparation, distribution et administration des médicaments, • Assure les soins infirmiers auprès des résidents, • Gère les rendez-vous médicaux, • Gestion de l'infirmier et des stocks, • Mise à jour des dossiers médicaux, • Suivi des PAP. Les deux fiches de tâches horaires des AS présentent des missions quasi identiques et concernent deux emplois du temps décalés dans le temps, avec une prise de poste à 7h et une autre à 8h. Les missions principales sont : • Transmissions avec l'équipe de nuit, • Réaliser les soins du groupe de résidents en adéquation avec le plan de soins, • Accompagner les résidents aux repas et aux activités, puis les accompagner dans leur chambre, • Aider à l'hydratation et les stimuler, • Aide au repas, • Transmissions écrites dans le logiciel. Les quatre fiches de tâches horaires des agents de service logistique se distinguent par deux types horaires et par une répartition différente sur les étages de l'établissement. Le premier profil horaire concerne la période 6h45/18h45, le second la période 8h/20h. Les principales missions sont les suivantes : • Préparer le petit-déjeuner, en salle et sur les chariots pour les étages, • Débarrasser le petit-déjeuner, ranger, nettoyer, • Relever la température du réfrigérateur, • Idem pour le repas du midi, le goûter et le repas du soir (la distribution au résident est assurée par les soignantes). Les temps de pause et les temps de transmissions sont indiqués dans toutes les fiches de tâches. Les temps de réunions fixes sont également précisés dans ces fiches. Deux fiches de tâches horaires pour des agents de service logistique concentrés sur l'entretien des chambres et des parties communes ont été transmises. Leurs horaires s'établissent respectivement de 8h à 16h et de 7h à 15h. Une troisième fiche présentée comme une fiche de tâches horaires pour un agent de service logistique contient une fiche de tâches horaires pour une AS de nuit.	accompagnants éducatifs et sociaux (ex. AMP) et les agents de soins.
--	---	---

	L'établissement n'a pas présenté de fiche de tâches heurées pour les accompagnants éducatifs et sociaux, ainsi que pour les agents de soins dont la Mission de contrôle n'a pu s'assurer qu'ils n'effectuent des soins auprès des résidents.	
2.1.4.4	Les glissements de tâches : Au regard des constats suivants sur le fonctionnement de l'équipe soignante : - Le nombre d'IDE présentes dans l'établissement n'est pas régulier et insuffisant sur 8 jours en deux mois, - Le nombre de membres de l'équipe soignante est insuffisant au regard du ratio soignant/résident sur un grand nombre de jours en septembre et octobre, - L'établissement n'a pas présenté de fiche de tâches heurées pour les AES (ex AMP) et les ASH et le traitement dans les plannings conduit à les assimiler, - La procédure de gestion des absences n'est pas précise sur les soins non urgents et est en contradiction avec la procédure de distribution du médicament, - Le nombre de professionnels présents la nuit est insuffisant, - La Mission n'a pu s'assurer que le personnel de nuit était diplômé (AS) et formé à la distribution des médicaments, la Mission de contrôle n'est pas en mesure de s'assurer qu'il n'existe aucun glissement de tâches au sein de l'équipe soignante.	Ecart n°14 : Les conditions de fonctionnement de l'équipe soignante ne permettent pas de s'assurer qu'il n'existe pas de glissement de tâches au sein de l'équipe soignante. (Cf. Articles L.4391-1 et R.4311-1 du CSP, L311-3 1°, L.451-1, D.312-155-0 2° et D.451-88 & 89 du CASF).
2.1.4.7	La gestion des absences : Une procédure de remplacement des absences a été transmise par l'EH PAD. Celle-ci est un document de 3 pages établi en mars 2020 par la responsable des soins et qui n'a pas donné lieu à validation. Elle concerne le maintien d'activité au niveau de l'équipe soignante dans le cadre du confinement. Elle n'a pas donné lieu à des modifications ultérieures. Celle-ci précise en introduction qu'en cas de fort absentéisme, une organisation en mode dégradé sera mise en place. Elle mentionne que l'établissement a la possibilité de venir chercher en voiture un certain nombre de salariés habitant dans le même périmètre et de les héberger si besoin. L'organisation de travail en mode dégradé a été réfléchie en équipe et est prise en compte pour que la continuité des activités soit assurée. Cette organisation tient compte de 2 taux d'absentéisme pour l'équipe de soignante, 25 % soit 5 professionnels par bâtiment et 40 % soit 4 professionnels par bâtiment. Les soins prioritaires sont les suivants : ➤ A 25 % : • Toilette le matin (visage et toilette intime), • Aide au repas, • Lever des résidents, • Accompagnement aux différents temps de la maison, • Coucher le soir. ➤ A 40 %, il est en plus prévu les actions suivantes :	Remarque n°16 : L'établissement n'a pas fourni de procédure relative à la gestion des absences. Remarque n°17 : La procédure de travail en mode dégradé n'est pas complète en ce qu'elle ne précise pas les pansements et collyres non urgents. Remarque n°18 : La procédure de travail en mode dégradé est en contradiction avec celle de délégation du médicament sur l'attribution aux AS de la distribution du médicament.

	• Suppression des animations, • Fermeture du PASA : si les 2 ASG sont présentes => renfort du côté soins, • Arrêt des prises en charge par l'ergothérapeute et la psychomotricienne : renfort du côté soins, • Planification des toilettes sur la journée. Pour les infirmiers, la procédure prévoit un seul infirmier présent pour les deux bâtiments de l'établissement, avec les consignes suivantes : - Préparation des médicaments : • Le matin : l'IDE délègue l'administration des traitements en faisant appeler une aide-soignante/étage qui s'occupe de la distribution. • Le midi et soir : Sur chaque bâtiment, 1 aide-soignant se détache des soins pour se consacrer à la distribution des traitements. - Préparation des piluliers pour le lendemain, - Réfection des pansements les plus urgents, - Reporte de certains soins tels que : • la surveillance de TA-glycémie prévue 1 fois/mois, • certains pansements non urgents, • certains collyres non urgents. La procédure relative au travail en mode dégradé des infirmiers ne précise pas quels sont les pansements et collyres non urgents ou comment ceux-ci sont-ils identifiés. Celle-ci précise qu'il est fait appel à une aide-soignante pour l'administration le matin et pour la distribution le midi et le soir. La procédure du médicament ne prévoit pas cette possibilité d'une délégation aux aides-soignants de la distribution, uniquement l'administration. L'établissement a fourni une procédure de travail en mode dégradé, cela ne correspond pas à une procédure de gestion des absences, la Mission n'est pas en capacité de déterminer la façon dont l'établissement gère les absences et dont il est fait appel à des personnels contractuels de courte durée.	
2.1.4.10	L'équipe de nuit : L'établissement a transmis les deux fiches de tâches horaires pour les AS de nuit. Celles-ci sont identiques dans les fonctions, elles diffèrent quant à la période horaire, la première est de 19h45 à 6h45, et la seconde 20h15 à 7h15. Les principales missions sont : - assurer les transmissions avec l'équipe de jour, puis avec la collègue de nuit, - distribuer les médicaments préparés par l'IDE, - vérifier la présence des résidents, - proposer une collation aux résidents,	Ecart n°15 : Le nombre de professionnels présents la nuit, que ce soit en organisation ou en continue, ne permet pas de garantir la sécurité des soins des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 1° du CASF.

	- réaliser les soins selon le plan de soins. - faire un tour dans les étages (5 rondes sont prévues au planning). La première fiche de tâches heurées n'indique pas de temps de pause, contrairement à la seconde, et l'horaire de fin indiqué dans le déroulé des missions ne coïncide pas avec l'horaire global indiqué en début de fiche. L'organisation telle que fixée dans le planning prévisionnel de novembre prévoit : - dans la bâtiment Fage pour 60 résidents : 1 AS et 1 ASH par nuit, soit 1 professionnel pour 30 résidents ; - dans le bâtiment Pernet pour 64 résidents : 1 AS et 1 ASH pour la première équipe, et la contre-équipe 1 AS, 1 AES et 1 ASH, soit 1 professionnel (voire 1,5) pour 32 résidents. L'examen des plannings de septembre et octobre 2023 permet de dresser le constat suivant : - Septembre : - Bâtiment Fage : deux professionnels présents à l'exception des jours suivants où un seul professionnel est présent : 5, 6, 20, 22 et 24. - Bâtiment Pernet : deux professionnels sont présents, trois (les 20, 21, 22 et 30), à l'exception des jours suivants où un seul professionnel est présent : 6 et 17 ; et les 1, 18, 26 et 27, la qualification du second professionnel présent avec l'ASH n'a pu être précisée. - Octobre : - Bâtiment Fage : deux professionnels sont présents, trois le 2 octobre, à l'exception des jours suivants où un seul professionnel est présent : 1, 14, 15 et 16. - Bâtiment Pernet : deux professionnels sont présents pendant toute la durée du mois, les 1 et 2, il n'a pas été possible de déterminer la qualification du second professionnel présent avec l'ASH. En l'absence de données relatives à un recours à l'interim, la Mission de contrôle fait le constat que l'établissement n'est pas en capacité d'assurer en continue une présence de deux professionnels par nuit dans chaque bâtiment. Les données 2023 issues du girage des résidents, [REDACTED] Compte-tenu de la forte dépendance d'une grande partie des résidents et des soins nécessaires, la seule présence de deux professionnels par nuit ne permet pas de garantir la sécurité des soins.
--	---

Prises en charge

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

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
<u>La procédure d'admission</u> L'établissement a bien fourni une procédure d'admission rédigée en 2019. Elle indique que le MedCo fait une estimation du GIR (avant la fin du mois d'entrée) et que le PAP de la personne est réalisé dans les deux mois qui suivent son entrée. Avis du MedCo lors de l'admission Cette procédure indique bien que le MedCo intervient dans la validation (ou non) de l'admission d'un nouveau résident. Pourtant, la lecture du RAMA transmis indique que de 2018 à 2021 le nombre d'avis du MedCo est systématiquement inférieur au nombre d'admission, et aucun avis du MedCo n'a été fait en 2022. Cette procédure ne fait pas mention de la recherche du consentement de la personne âgée pour son admission dans l'établissement.	Ecart n°16 : La procédure d'admission ne fait pas mention de la recherche du consentement de la personne âgée pour son admission dans l'établissement., ce qui n'est pas conforme à l'article R311-0-7 du CASF. Remarque 19 : La procédure d'admission ne fait pas mention de la recherche du consentement de la personne âgée pour son admission dans l'établissement. Ecart n°17 : Le RAMA transmis indique que de 2018 à 2021 le nombre d'avis du MedCo est systématiquement inférieur au nombre d'admission, et aucun avis du MedCo n'a été rendu en 2022 pour les admissions de nouveau résident (Article D312-158, 2° du CASF).	Ecart n°16 : La procédure d'admission ne fait pas mention de la recherche du consentement de la personne âgée pour son admission dans l'établissement., ce qui n'est pas conforme à l'article R311-0-7 du CASF. Remarque 19 : La procédure d'admission ne fait pas mention de la recherche du consentement de la personne âgée pour son admission dans l'établissement. Ecart n°17 : Le RAMA transmis indique que de 2018 à 2021 le nombre d'avis du MedCo est systématiquement inférieur au nombre d'admission, et aucun avis du MedCo n'a été rendu en 2022 pour les admissions de nouveau résident (Article D312-158, 2° du CASF).
3.2.1.2	<u>Contenu de l'Évaluation à l'admission</u> La procédure d'admission indique que le MEDCO fait un bilan de l'état de santé dans les deux semaines qui suivent l'admission. Cependant, aucune précision n'est donnée sur la nature des évaluations médicales réalisées pour ce bilan (évaluation Norton, Braden (douleur), chutes, escarres, déglutition...). Le RAMA ne contient pas non plus d'information à ce sujet.	Remarque 20 : La procédure d'admission et le RAMA ne donnent aucune indication concernant les évaluations médicales (évaluation Norton, Braden, douleur, chutes,

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
		escarres, déglutition...) réalisées lors de l'admission.
3.1.3.3	<u>Le PAP</u> <u>La procédure :</u> Il existe une procédure pour la réalisation des PAP qui a été validée le 05/04/2023. Celle-ci indique que le PAP initial est réalisé dans les deux mois qui suivent l'entrée du résident lors d'une réunion de synthèse pluri-professionnelle. Le MEDCO, le psychologue, l'infirmier, l'ergothérapeute, l'animatrice et la responsable hébergement participent à l'élaboration du PAP. Entre deux réunions de synthèse, les différents acteurs alimenteront le PAP en reliant leurs transmissions/observations/plan de soin aux objectifs du PAP. Ces objectifs pourront être réévalués en réunion pluri-professionnelle. Toute modification importante devra faire l'objet d'une communication avec le résident et/ou son entourage. A la suite de chaque réunion de synthèse, une réunion avec le psychologue sera proposée au résident et/ou à son entourage pour valider avec eux l'accompagnement proposé. La procédure n'indique pas assez précisément comment la participation effective et le consentement du résident (ou de ces proches ou de la personne de confiance le cas échéant) est recherché. La procédure n'indique pas que chaque PAP est ré-évalué annuellement. <u>Réalisation des PAP :</u> Il n'y a pas de référent PAP désigné. L'établissement n'a transmis aucune donnée sur la réalisation des PAP.	Remarque 21 : La procédure n'indique pas que chaque PAP est ré-évalué annuellement. Remarque 22 : La procédure n'indique pas assez précisément comment la participation effective et le consentement du résident (ou de ces proches ou de la personne de confiance le cas échéant) est recherché. Ecart n°18 : L'établissement n'a transmis aucune donnée sur la réalisation des PAP et leur révision annuelle (Article D312.155.0 3° CASF).
3.1.4.4	<u>La Commission de Coordination Gériatrique :</u> L'établissement a fourni un ordre du jour pour la commission gériatrique 2022 mais pas de compte-rendu et aucun document pour 2023. Ainsi, la mission de contrôle n'a pas l'assurance que la commission gériatrique se réunit bien tous les ans.	Ecart n°19 : La mission ne peut s'assurer que la commission de coordination gériatrique s'est réunie au moins une fois par

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
		an ce qui contrevient à l'article D312-158 3° du CASF.
	<u>Interventions des professionnels médicaux</u>	
3.1.4.5	15 médecins traitants interviennent dans l'établissement. L'ordre du jour de la commission gériatrique de 2022 indique que 30 résidents n'avaient pas de médecin traitant. Le tableau transmis sur la liste des médecins traitant indique que la MedCo prend directement en charge ces 30 résidents. Cette situation ne lui permet pas d'assurer son temps de coordination à hauteur de P. La mission suppose que cela impacte notamment à la fois la réalisation de avis et l'évaluation médicale lors de l'admission de nouveaux résidents et la réalisation et mise à jour des PAP (voir 3.1.1.1 et 3.1.3.3).	Ecart n°20 : Le tableau transmis sur la liste des médecins traitant indique que la MedCo prend directement en charge 30 résidents. Ceci impacte la capacité de la MedCo à pouvoir réaliser ces missions propres (D312-158 2° CASF).
2.5.4.3	<u>Système d'appels-malade</u> La réponse fournie par l'établissement au questionnaire 7, indique que le système d'appel malade n'est pas à jour. Devant cette situation, la mission de contrôle estime que la sécurité des résidents n'est pas garantie.	Ecart n°21 : Le système d'appel malade n'est pas mis à jour ce qui ne garantit pas la sécurité du résident et contrevient à l'article L311-3 du CASF

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<u>Les droits du résident</u>	
	Le livret d'accueil de l'établissement renseigne bien sur la rédaction des directives anticipées, et présente en annexe la charte des droits et libertés de la personne accueillie. La possibilité de désigner une personne de confiance est expliqué lors de la visite préalable à l'admission.	Ecart n°22 : En n'assurant pas l'information aux résidents de la liste des personnes qualifiées, la direction contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 6° du CASF.
3.2.2.2 3.2.2.5	Le contrat de séjour contient également des dispositions portant sur les droits du résident : - la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, - le droit à l'image, - le recours possible à un médiateur de la consommation, - le recours possible à une personne qualifiée sans dépendant en indiqué les modalités pratiques,	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- le libre choix du médecin traitant, - les droits relatifs à la liberté d'aller et venir sont évoqués dans l'annexe 17, - les droits associés à la protection des données personnelles dans l'annexe 18.	
3.2.3.1	Procédure relative aux contentions Une procédure relative aux contentions du groupe chemin d'espérance a été transmise. Cette procédure est en date du 12/04/2022. Elle mentionne que les contentions sont sous couvert d'une prescription médicale à jour et que les contentions sont surtout proposées en cas de risque de chute, les autres causes ne sont pas citées. Elle indique également que « l'EHPAD Grenelle s'inscrit dans un projet « EHPAD sans contention », sans plus détailler ce qui est mis en œuvre pour appliquer ce projet. Aucun réel bilan de la mise en place des contentions et surtout de la prévention de la contention n'est décrit dans le RAMA.	Remarque 23 : La procédure relative aux contentions annonce que l'EHPAD s'inscrit dans le projet « EHPAD sans contention » sans qu'il soit donné de détails à ce sujet, ni que de bilan soit réalisé dans le RAMA.

Soins

N°IGAS	Observations ou commentaires	N°IGAS
	Convention EHPAD/Officine et circuit du médicament Une convention partenariale entre l'EHPAD et une officine en cours de validité a bien été transmise. Moyens de transmission : -des ordonnances de l'EHPAD à l'officine : la prescription est réalisée sur le logiciel [REDACTED] 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 [REDACTED] et alerte le prescripteur et le MEDCO par mail et par téléphone en cas d'urgence.	
3.8.2.22	Délégation d'administration des médicaments par l'IDE La procédure d'administration des médicaments fournie par l'établissement est datée du 10/04/2019.	Ecart n°23 : La procédure du médicament fournie ne précise pas que la délégation de la dispensation des médicaments de l'IDE vers les AS ne

N°IGAS	Observations ou commentaires	N°IGAS
	Elle prévoit la délégation d'administration des médicaments. Elle précise bien que l'administration du médicament est de la responsabilité de l'IDE. Les IDE assureront la traçabilité de la prise médicamenteuse par validation sur [REDACTED] Pour les administrations déléguées (prise du coucher), l'équipe de nuit informe les IDE en cas de refus ou de non-administration via les transmissions écrites sur [REDACTED]. L'IDE valide le lendemain les médicaments administrés durant la nuit. Cependant, la délégation des médicaments de l'IDE vers les AS ne précise pas qu'elle concerne uniquement les médicaments de la vie courante. Cette procédure ne comprend pas la liste des AS habilitées à l'administration des médicaments.	concerne que les médicaments de la vie courante (R4311-4 CSP).
3.8.2.24	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur L'établissement a transmis une procédure d'évaluation et prise en charge de la douleur datée du 30/09/2024. Cette procédure présente deux évaluations de la douleur selon l'échelle verbale simple (EVS) ou Algoplus à appliquer en cas de plainte douloureuse. Cependant, la procédure ne précise pas qu'en cas d'absence de douleur évoquée ou constatée, une évaluation par an sera réalisée pour chaque résident. Le RAMA fourni ne fait aucune évaluation des protocoles entrepris pour lutter contre la douleur. La rubrique « Evaluation de la prise en charge (nombre de protocoles antalgiques, évaluation de l'efficacité) » est vide. De plus, le tableau des évaluations médicales nominatif fourni par l'établissement montre de façon claire que tous les résidents ne bénéficient d'une évaluation de douleur au moins une fois par an. D'après les documents transmis, tous les résidents ne bénéficient pas d'une évaluation gériatrique complète.	Remarque 24 : La procédure de dépistage et de lutte contre la douleur ne précise pas qu'en cas d'absence de douleur évoquée ou constatée, une évaluation par an sera réalisée Remarque 25 : Le RAMA fourni ne fait aucune évaluation des protocoles entrepris pour lutter contre la douleur. Ecart n°24 : Le tableau des évaluations médicales nominatif fourni par l'établissement montre que tous les résidents ne bénéficient pas d'une évaluation de la douleur au moins une fois par an ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2° 5° du CSP.
3.8.2.25	Protocole soins palliatifs et fin de vie Un protocole relatif aux soins palliatifs a été transmis par l'EHPAD. Il est en date du 20/07/2022. Par ailleurs, ce protocole a été rédigé par le groupe et non par l'établissement Le RAMA ne donne pas de bilan de l'application des soins palliatifs mis en œuvre dans l'établissement.	Remarque 26 : Certains aspects tels que la sédation profonde, les directives anticipées, la personne de confiance n'apparaissent pas dans le protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie.

N°IGAS	Observations ou commentaires	N°IGAS
		Remarque 27 : Le RAMA ne donne pas de bilan de l'application des soins palliatifs mis en œuvre dans l'établissement.
3.4.3.9	Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel Le RAMA 2023 transmis indiquent que les résidents ont un régime hyperprotéiné pour dénutrition sévère pour une dénutrition modérée. La liste des évaluations nominatives fournies indique que le suivi mensuel des poids des résidents est quasiment réalisé.	

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
4.2.1.2	Les conventions partenariales : Le document transmis permet de voir que deux orthophonistes, deux kinésithérapeutes et deux pédicures interviennent dans l'établissement et le nombre de résident pris en charge par chacun d'entre eux. Il ne décrit pas le temps de présence des intervenants et la mission ne peut être assurée de la présence régulière de ces intervenants au cours de la semaine répondant aux besoins des résidents.	Remarque 28 : Au vu des documents transmis, la mission ne peut s'assurer que la présence des kinésithérapeutes est régulière au cours de la semaine.

Risques environnementaux

Observations ou commentaires		Constat E/R
AMIANTE	L'établissement a transmis deux rapports de repérage des matériaux et produits contenant de l'amiante avant réalisation de travaux dans un immeuble bâti datés de 2021.	Ecart n°25 : L'établissement n'a pas transmis la fiche récapitulative du DTA.
DASRI	L'établissement a transmis une convention de collecte établie avec [REDACTED] datée du 02/01/2007. Les centres de traitements indiqués dans la convention ne sont pas en adéquation avec les indications des bons de prises en charge lesquels correspondent à une collecte avec regroupement.	Ecart n°26 : La convention de collecte est obsolète. L'établissement n'est pas en conformité avec les textes en vigueur.
	Seuls les bons de prise en charge ont été transmis. L'ARS n'a pas été destinataire des bordereaux de suivi des DASRI avec regroupement correspondants.	Ecart n°27 : Les bordereaux de suivi des DASRI dans le cadre d'un traitement avec regroupement n'ont pas été transmis. Cela ne permet pas d'attester de la réalisation du traitement des DASRI.
LEGIONELLES	Les résultats comprennent les analyses de légionelles des années 2022 et 2023.	Ecart n°28 : Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur.
	Les résultats d'analyses de légionelles concernent quelques points d'usage ainsi que les départs et les retours de boucle. Les analyses sur les fonds de ballon n'ont pas été réalisées. Aucun prélèvement n'a été réalisé dans les chambres des résidents. Les résultats d'analyses de légionelles révèlent une contamination de plusieurs points, sur les deux années ([Lp] variant de 30 à 90 ufc/L en 2021, et de 10 à 140 ufc/L en 2023). Les résultats restent toutefois en dessous des valeurs réglementaires.	Remarque 29 : Les analyses contiennent plusieurs départs et retours de boucles. Il conviendrait de bien les différencier (Cf analyse 2022).

Remarque 30 : La direction ne s'assure pas que l'ensemble des mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) sont réalisées régulièrement.

Récapitulatif des écarts et des remarques

Nbre	Référence	Ecart
1	1.1.2.2.	L'absence de projet spécifique de service du PASA contrevient aux dispositions des articles D312-155-0-1 et D312-155-0-2 du CASF.
2	1.2.1.4	En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.
3	1.2.1.6	Les documents du plan bleu transmis sont incomplets (manque fiche des annexes), ainsi le plan bleu transmis n'est pas en conformité avec l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
4	1.2.2.1	Le directeur en poste dans l'établissement cumule cette fonction avec un poste de direction du Pôle Paris Chemins d'espérance, il ne peut de ce fait exercer pleinement ces fonctions de directeur dans l'EHPAD (Articles L315-17 et D 312-176-5 CASF).
5	1.3.3.1	La composition du CVS n'est pas conforme à la réglementation et contrevient aux articles D.311-5, D.311-9, D.311-17 et D311-18 du CASF.
6	1.3.3.1	La rédaction des comptes rendus ne respecte pas les articles D.311-5, D.311-9, D.311-17 et D.311-20 du CASF.
7	1.4.2.1	L'évaluation externe présentée date de plus de 5 ans ce qui contrevient à l'article D.312-204 du CASF.
8	1.4.3.2	Des suspicions ou faits de maltraitance n'ont pas été déclarés aux autorités de contrôle ce qui contrevient à l'article L 331-8-1 CASF.
9	1.5.1.6	En ne déclarant pas aux autorités administratives compétentes la totalité des dysfonctionnements graves dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées, l'établissement contrevient à L. 331-8-1 du CASF.
10	2.1.1.1	La Mission de contrôle a pu identifier que les 20 agents dénommés « agent de service logistique » exercent tantôt des fonctions d'aide-soignant, tantôt des fonctions d'agent de service hôtelier ce qui contrevient aux articles L.311-3 1° & 3° du CASF.
11	2.1.1.1	L'équipe de l'établissement n'est pas stabilisée et le recours à de nombreux CDD en fragilise la cohésion (Article L.311-3, 3° du CASF).
12	2.1.4.5	La présence infirmière est irrégulière et insuffisante pour permettre de maintenir la qualité des soins et la sécurité des résidents (Article L.311-3 1° du CASF)
13	2.1.4.5	Le nombre de membres de l'équipe soignante n'est pas régulier en continu ce qui est de nature à remettre en cause la sécurité des résidents et la qualité de leur prise en charge. (Cf. Articles L.311-3 1° et 3° du CASF).

14	2.1.4.4	Les conditions de fonctionnement de l'équipe soignante ne permettent pas de s'assurer qu'il n'existe pas de glissement de tâches au sein de l'équipe soignante. (Cf. Articles L.4391-1 et R.4311-1 du CSP, L311-3 1°, L.451-1, D.312-155-0 2° et D.451-88 & 89 du CASF).
15	2.1.4.10	Le nombre de professionnels présents la nuit, que ce soit en organisation ou en continue, ne permet pas de garantir la sécurité des soins des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 1° du CASF.
16	3.1.1.1	La procédure d'admission ne fait pas mention de la recherche du consentement de la personne âgée pour son admission dans l'établissement., ce qui n'est pas conforme à l'article R311-0-7 du CASF.
17	3.1.1.1	Le RAMA transmis indique que de 2018 à 2021 le nombre d'avis du MedCo est systématique inférieur au nombre d'admission, et aucun avis du MedCo n'a été rendu en 2022 pour les admissions de nouveau résident (Article D312-158, 2° du CASF).
18	3.1.3.3	L'établissement n'a transmis aucune donnée sur la réalisation des PAP et leur révision annuelle (Article D312.155.0 3° CASF).
19	3.1.4.4	La mission ne peut s'assurer que la commission de coordination gériatrique peut se réunir au moins une fois par an ce qui contrevient à l'article D312-158 3° du CASF.
20	3.1.4.5	Le tableau transmis sur la liste des médecins traitant indique que la MedCo prend directement en charge 30 résidents. Ceci impacte la capacité de la MedCo à pouvoir réaliser ces missions propres (D312-158 2° CASF).
21	2.5.4.3	Le système d'appel malade n'est pas mis à jour ce qui ne garantit pas la sécurité du résident et contrevient à l'article L311-3 du CASF.
22	3.2.2.2 3.2.2.5	En n'assurant pas l'information aux résidents de la liste des personnes qualifiées, la direction contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 6° du CASF.
23	3.8.2.22	La procédure du médicament fournie ne précise pas que la délégation de la dispensation des médicaments de l'IDE vers les AS ne concerne que les médicaments de la vie courante.
24	3.8.2.24	Le tableau des évaluations médicales nominatif fourni par l'établissement montre que tous les résidents ne bénéficient pas d'une évaluation de la douleur au moins une fois par an ce qui contrevient aux dispositions des articles L110-5, L112-4 et R4311-2 5° du CSP.
25	Amiante	L'établissement n'a pas transmis la fiche récapitulative du DTA.
26	DASRI	La convention de collecte est obsolète.

27	DASRI	Les bordereaux de suivi des DASRI dans le cadre d'un traitement avec regroupement n'ont pas été transmis.
28	Légionelles	Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur.

Nbre	Référence	Remarques
1	1.2.2.1	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme présentant les liens hiérarchiques.
2	1.2.2.10	Les délégations de pouvoir au directeur de l'établissement ne sont pas formalisées
3	1.2.2.12	Le diplôme de cadre de santé de l'IDEC n'a pas été transmis.
4	1.4.3.1	La politique de promotion de la bientraitance n'est pas mentionnée dans les documents de communication pour sensibiliser les professionnels et les résidents à cette thématique.
5	1.4.3.2 / 1.4.3.3	L'établissement n'a pas de procédure relative aux situations de violence, de harcèlements sexuels et d'agression.
6	1.5.1.1	Il n'y a pas d'enquête de satisfaction au sein de l'EH PAD, ce qui ne permet pas de rechercher l'avis des résidents dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.
7	1.5.1.3	La procédure de gestion des EI/EIG ne mentionne pas l'obligation de signalement au procureur lorsqu'il s'agit d'une suspicion de maltraitance, de situations de violences, de harcèlements sexuels ou de situations d'agression.
8	1.5.1.3	Les plans formations des professionnels ne mentionnent pas de formation sur la déclaration des EI/EIG.
9	1.5.1.6	Aucun RETEX d'EIG n'a été transmis lors du présent contrôle
10	2.1.1.1	Les documents transmis ne permettent d'établir une situation fiable de l'équipe qui intervient dans l'établissement.
11	2.1.1.1	Les fonctions et rôles des agents de soins et de l'accompagnateur de vie et santé ne sont pas explicites.
12	2.1.1.6	L'établissement n'a pas transmis ni de procédure, ni de données sur le recours à l'intérim.
13	2.1.2.1	Le plan de développement des compétences n'a pas suffisamment recours aux ressources internes et il ne propose pas de formation au repérage de la maltraitance, ainsi qu'à la prise en charge des troubles du comportement et sensoriels.
14	2.1.2.5	Le livret d'accueil ne précise pas si l'établissement met en place des pratiques organisées de soutien aux professionnels (analyses de pratiques, groupes de parole).
15	2.1.4.2	L'établissement n'a pas fourni de fiches de tâches heureées pour les accompagnants éducatifs et sociaux (ex. AMP) et les agents de soins.
16	2.1.4.7	L'établissement n'a pas fourni de procédure relative à la gestion des absences
17	2.1.4.7	La procédure de travail en mode dégradé n'est pas complète en ce qu'elle ne précise pas les pansements et collyres non urgents.
18	2.1.4.7	La procédure de travail en mode dégradé est en contradiction avec celle de délégation du médicament sur l'attribution aux AS de la distribution du médicament.
19	3.1.1.1	La procédure d'admission ne fait pas mention de la recherche du consentement de la personne âgée pour son admission dans l'établissement.

20	3.2.1.2	La procédure d'admission et le RAMA ne donnent aucune indication concernant les évaluations médicales (évaluation Norton, Braden, douleur, chutes, escarres, déglutition...) réalisées lors de l'admission.
21	3.1.3.3	La procédure n'indique pas que chaque PAP est ré-évalué annuellement.
22	3.1.3.3	La procédure PAP n'indique pas assez précisément comment la participation effective et le consentement du résident (ou de ces proches ou de la personne de confiance le cas échéant) est recherché.
23	3.2.3.1	La procédure relative aux contentions annonce que l'EHPAD s'inscrit dans le projet « EHPAD sans contention » sans qu'il soit donné de détails à ce sujet, ni que de bilan soit réalisé dans le RAMA.
24	3.8.2.24	La procédure de dépistage et de lutte contre la douleur ne précise pas qu'en cas d'absence de douleur évoquée ou constatée, une évaluation par an sera réalisée.
25	3.8.2.24	Le RAMA fourni ne fait aucune évaluation des protocoles entrepris pour lutter contre la douleur.
26	3.8.2.25	Certains aspects tels que la sédation profonde, les directives anticipées, la personne de confiance n'apparaissent pas dans le protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie.
27	3.8.2.25	Le RAMA ne donne pas de bilan de l'application des soins palliatifs mis en œuvre dans l'établissement.
28	4.2.1.2	La mission ne peut s'assurer que la présence des kinésithérapeutes est régulière au cours de la semaine.
29	Légionelles	Les analyses contiennent plusieurs départs et retours de boucles. Il conviendrait de bien les différencier (Cf analyse 2022).
30	Légionelles	La direction doit s'assurer que l'ensemble des mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) sont réalisées régulièrement.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence Grenelle, géré par chemins d'espérance a été réalisé le 6 octobre 2023 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

Il ressort de ce contrôle que l'établissement dispose d'un trinôme de direction composé d'un directeur, d'un médecin coordonnateur et d'une IDEC. L'établissement est conforme aux conditions d'autorisation. La prise en charge du résident, de l'admission à la sortie est bien organisée. Les professionnels bénéficient d'un plan de formation varié et complet.

Cependant, la mission a relevé des dysfonctionnements suivants :

- Certains documents sont à mettre à jour (projet d'établissement, règlement de fonctionnement) ;
- Des AMP et des agents de soins effectuent des tâches d'AS ;
- Les EIG ne sont pas transmis aux autorités ;
- Le sujet de la bientraitance n'est pas suffisamment développé dans les documents remis aux résidents.

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

Saint Denis, le 18 mars 2025.

Frédéric MUSSO

Responsable de la mission inspection des ESMS
Sous-Direction de l'Autonomie
Direction des Solidarités



Dahlia ELENGA

Inspectrice de l'action sanitaire et sociale,
ARS Ile-de-France



Madame Sandra GROS-DAILLON,

Technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire,
Délégation départementale de Paris, ARS IdF



Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



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

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

Affaire suivie par : Diana DINU
Mail : diana.dinu@ars.sante.fr
Téléphone : 06 87 72 15 08

Madame Dahlia ELENGA, coordonnatrice de la mission d'inspection, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation départementale de Paris, ARS Île-de-France

Madame Diana DINU, chargée de mission personnes âgées inspection EHPAD, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Madame Dominique Grujard, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités

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

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

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

Saint-Denis, le 6 octobre 2023

Mesdames,

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

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

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur pièces de l'EHPAD « résidence Grenelle » (FINESS géographique 750803769) situé au 3-5 avenue Delecourt, 75015 Paris, géré par les chemins d'espérance, qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

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

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

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

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

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

- Madame Dahlia ELENGA, coordonnatrice de la mission d'inspection, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Diana DINU, chargée de mission personnes âgées inspection EHPAD, Délégation Départementale de Paris ;
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure de génie sanitaire, responsable du Pôle Santé environnement, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation Départementale de Paris.

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

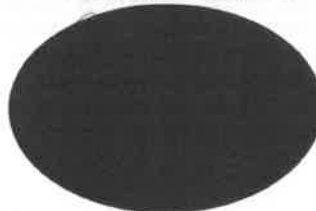
Après réception de ces documents, leur analyse par la mission donnera lieu à l'établissement d'un rapport qui sera remis dans un délai d'un mois à compter de la réception des documents demandés. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention du contrôlé. Ce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

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

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



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



Annexe 2 : Lettre de mission modificatrice



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 Frédéric Musso
Courriel : frederic.musso@paris.fr

Monsieur François Philippon
Directeur
EHPAD Grenelle
Association Chemins d'Espérance

Paris, le 06 janvier 2025

Monsieur le Directeur,

Le 08 octobre 2023, votre établissement « Résidence Grenelle » (N° FINESS 750803769), situé au 3 avenue Delecourt, 75015 Paris, géré par l'Association Chemins d'Espérance, a fait l'objet d'un contrôle sur pièces, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13, V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants ainsi que sur le fondement des articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du Code de la santé publique, mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

A cette occasion, il vous a été notifié la composition de la mission de contrôle. A la suite du départ d'agents de la mission, nous vous informons de leur remplacement par Monsieur Frédéric Musso, responsable de la Mission d'inspection des ESMS parisiens, qui sera signataire du rapport de contrôle et Monsieur Conrad Lajusticia, chargé de projet inspections EHPAD, qui exerceront pleinement leurs missions dans le cadre de ce contrôle.

Ainsi, la mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

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

- Madame Dalila ELENGA, coordinatrice de la mission de contrôle, désigné en qualité d'inspecteur par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France au titre de l'article L.1435-7 du Code de la Santé Publique, Délégation départementale de Paris ;
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet inspections EHPAD, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique Délégation départementale de Paris ;
- Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure du génie sanitaire, responsable du Pôle Santé Environnement, Délégation départementale de Paris ;
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation départementale de Paris.

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 82 00 00
ars.iledefrance.fr

94/98 Quai de la Rapée
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

Les dispositions prévues par la lettre de mission du 06 octobre 2023 restent inchangées. Le présent courrier sera annexé au rapport qui vous sera transmis.

Veillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de nos salutations distinguées.

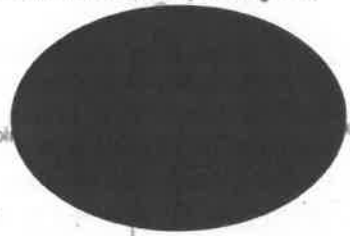
Pour le Directeur Général de l'Agence régionale de santé
d'Ile-de-France et, par délégation,

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris



Pour la Maire de Paris et par délégation,

Adjoint



Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces Résidence Grenelle

Q1	1	Liste nominative des résidents admis à la date du contrôle avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance, leur date d'entrée, la date du dernier PAI, le bénéfice éventuel de l'aide sociale, le type de la protection juridique éventuelle (Excel)	Oui
Q1	2	Grilles de suivi du nombre de journées réalisées pour chaque activité (PASA et UHR) pour l'année N-1 et le jour du contrôle	Non
Q2	3	Règlement de fonctionnement	Oui
Q2	4	Plan des locaux de l'établissement	Oui
Q2	5	Projet d'établissement	Oui
Q2	6	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)	Sans annexes
Q2	7	Organigramme comportant les noms et temps de travail des personnels (Excel si possible)	Incomplet
Q2	8	Diplôme du directeur de l'EHPAD	Oui
Q2	9	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD	Oui
Q2	10	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	Oui
Q2	11	Procédures et/ou convention d'astreinte	Oui
Q2	12	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois + légende (Excel)	Oui
Q2	13	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	Non nominatif
Q2	14	IDEC : Contrat de travail, Fiche de poste ou feuille de route, Diplôme d'IDE et de Cadre de santé, Inscription à l'ordre des infirmiers	Oui
Q2	15	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, le dernier bulletin de salaire	Oui
Q3	16	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS	Oui
Q3	17	Les comptes rendus des CVS N et N-1	Oui
Q4	18	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation	Oui
Q4	19	Dernière évaluation externe	Oui
Q4	20	Dernière évaluation interne	Oui
Q4	21	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2	Non
Q5	22	Registre des plaintes et réclamations	Non
Q5	23	Les trois dernières réclamations et leur traitement	Oui
Q5	24	Procédure de gestion des événements indésirables et événements indésirables graves	Oui
Q5	25	Liste des EI et EIG des années N-1 et N	Partiel que 2023
Q5	26	Liste des signalements au Procureur de la République des années N-1 et N	Non
Q5	27	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les trois derniers EIG	Non
Q6	28	Registre du personnel N-1 & N-2 comportant les indications sur les ETP (Excel)	Oui
Q6	29	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir + ETP (Excel)	Oui
Q6	30	Plan de développement des compétences (formation internes et externes) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1 (Excel si possible)	Oui
Q6	31	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)	Oui

Q6	32	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit + Légende (Excel)	Oui
Q6	33	Une fiche de tâches heurées, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AES (ou AMP), ASG, IDE	Oui partiellement
Q6	34	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	Non
Q7	35	Procédure d'admission des résidents	Oui
Q7	36	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)	Oui
Q7	37	Les 2 derniers CR de la commission de coordination gériatrique	Partiellement
Q7	38	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	Oui
Q7	39	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (Excel disponible sur Collecte Pro)	Oui
Q7	40	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)	Oui
Q8	41	Livret d'accueil du résident	Oui
Q8	42	Contrat de séjour type et ses annexes	Oui
Q8	43	Procédure relative aux contentions	Oui
Q8	44	RAMA	Oui
Q9	45	Convention pharmacie EHPAD (sauf PUI) et procédure du circuit du médicament	Oui
Q9	46	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	Oui
Q9	47	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	Oui
Q9	48	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	Oui
Q9	49	La liste des intervenants paramédicaux libéraux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) avec leur identité, leur qualification, leur planning et le nombre de résidents pris en charge	Oui
Q10	50	La fiche récapitulative (FR) du dossier technique amiante (DTA)	Non
Q10	51	La convention de collecte avec prestataire des DASRI	Oui
Q10	52	Les bordereaux de suivi des DASRI (cerfa 11351*04 - feuillet n°1) des 6 derniers mois dans le cadre des conventions de collecte sans regroupement <u>OU</u> les bons de prise en charge accompagnés des bordereaux de suivi des DASRI (cerfa 11352*04 - feuillet n°1) correspondants des 6 derniers mois dans le cadre des conventions de collecte avec regroupement	Non
Q10	53	Les analyses légionnelles réalisées sur le réseau d'eau chaude sanitaire (années N et N-1 ou années N-1 et N-2 si les prélèvements de l'année N se sont pas encore réalisés) ; un plan du réseau pourra être joint	Oui
Q11	54	Relevé des évaluations dont a bénéficié le résident et le relevé des pesées et des IMC pour chaque résident accueillis dans la structure en année N-1 (Excel disponible sur Collecte Pro)	Oui

