

Agence Régionale de Santé Île-de-France
Délégation départementale de Paris

Ville de Paris
Direction des solidarités

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
Villa Danielle TORELLI
31 rue Olivier de Serres, 75015 PARIS
N° FINESS 750057101**

**RAPPORT D'INSPECTION
N° 2024_IDF_00009
Contrôle sur place le 23 mai 2024**

Mission conduite par :

- Madame Dalhia ELENGA, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection, Direction de l'Autonomie, ARS Île-de-France ;
- Madame Noémie RICHARD, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France
- Madame le Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée en application de l'article L 1421-1 du Code de la santé publique (CSP) ;
- Madame Florence PEKAR, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris, sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris.
- Madame Maïguyem GOLSALA, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris.

Accompagnée par :

- Madame Marielle DACALOR, observatrice, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris, sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris.



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



<u>Textes de référence</u>	Articles L.6116-1 à L.6116-3 du Code de la santé publique 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 Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles
----------------------------	---

AVERTISSEMENT

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

Il appartient au commanditaire de l'inspection 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

1. Gouvernance	16
1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation	16
Le statut juridique de la structure	Erreur ! Signet non défini.
Les conditions d'autorisation	Erreur ! Signet non défini.
Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)	Erreur ! Signet non défini.
Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA)	Erreur ! Signet non défini.
La population accueillie	Erreur ! Signet non défini.
1.2. Management et Stratégie	19
Le règlement de fonctionnement	19
Le règlement de fonctionnement : contenu	20
Le projet d'établissement	20
Le projet d'établissement : contenu	21
Le plan bleu	21
La direction, l'organigramme	21
Les CODIR / COMEX / COPIL	21
Les conflits entre direction et salariés	22
Relations Directeur/Gestionnaire	22
Directeur : contrat et prise de poste	22
Directeur : qualifications	23
Les astreintes administratives et techniques	23
La présence et le remplacement de la direction	23
Les délégations de signatures	24
Les subdélégations du directeur	24
L'IDEC	25
Le MédCo : temps de présence	25
Le MédCo : qualifications	25
Le MédCo : contrat	25
Les affichages	26
1.3. Animation et fonctionnement des instances	26
Le conseil de vie sociale (CVS) : organisation	26
Le CVS et les événements indésirables et dysfonctionnements	27
1.4. Gestion de la qualité	27
Les professionnels référents et responsable qualité	27
Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	28
L'évaluation et l'auto-évaluation	28
La politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance	28
Les situations de violence ou harcèlement	29
La déclaration des maltraitances	29
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	30
Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction	30
La procédure de déclaration des événements indésirables (EI)	30
La procédure de gestion des événements indésirables en PECM	30
Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience (RetEx) des EI	30
Déclaration et analyse des chutes.	31
Le signalement aux autorités administratives compétentes	31
2. Fonctions support	32
2.1. Gestion des ressources humaines	32
Les effectifs professionnels	32
Les contrats de travail	35
Le taux d'absentéisme	36
Les dossiers administratifs des professionnels	36
Les prestataires externes	37
Le plan de formation des professionnels	37
L'aide à la mobilité/mutation des agents	39
Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels	39
Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission) et questionnement éthique	39
Les plannings des professionnels : confection	40
Les plannings des professionnels : organisation	41

Les expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end	42
Les fiches de poste des professionnels	42
Les glissements de tâches	42
La gestion des absences prévues et imprévues	44
2.2. Gestion d'information	45
Les données statistiques de la structure	45
Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA)	46
Le registre des entrées et sorties des résidents	47
Les dossiers administratifs des résidents	47
Le support et le contenu des dossiers médicaux des résidents	47
Le stockage et la sécurisation des dossiers médicaux des résidents	48
2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	48
L'état général du bâtiment	48
Le suivi des réparations	49
Système et/ou salle de rafraichissement	49
L'accessibilité PMR des locaux	49
Les équipements facilitant le déplacement	50
Équipement de prévention de la maltraitance	50
2.4. Sécurités	50
Les déchets ménagers (DAOM)	50
Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)	50
Les vaccinations des résidents et des professionnels	51
L'aide à la prévention des chutes	51
La prévention des fugues	52
Le système d'appels malades	52
3. Prises en charge	53
3.1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	53
Admission et entrée dans l'EHPAD	55
L'admission dans l'EHPAD	56
L'élaboration et le suivi des projets individuels d'accompagnement (PIA)	57
Les réunions de synthèse	57
Analyse des pratiques, échanges de bonnes pratiques dans le cadre de l'amélioration des prises en charge des résidents	57
Les médecins traitants	58
La complétude des dossiers médicaux	58
Les transmissions inter équipes	58
3.2. Respect des droits des personnes	58
La place des familles	58
La charte des Droits et Libertés des personnes accueillies	58
Les personnes qualifiées départementales	59
La personne de confiance des résidents	59
Les directives anticipées	59
Les contentions	60
L'identification des résidents (identitovigilance)	60
Les mesures de protection juridiques en cas d'incapacité de gestion et protection des biens*	60
Les mesures de protection des biens	60
3.3. Vie sociale et relationnelle	61
L'animation	61
3.4. Vie quotidienne. Hébergement :	62
Les chambres	62
Les enquête de satisfaction	62
L'alimentation :	62
Les régimes, textures	62
La gestion des fausses routes	62
La prévention de la dénutrition	62
Les mets de substitution	62
Les repas	63
Le suivi de l'état nutritionnel	64
L'aide aux repas, troubles de la déglutition	64
Les toilettes	65
Les changes	65

Les besoins en protections de recueil d'excréta	Erreur ! Signet non défini.
Le circuit du linge	65
3.5. Soins : L'organisation de la continuité des soins	67
Equipe pluridisciplinaires mobilisées pour la PEC des résidents	67
Organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins	67
La coordination du MédCo, de l'IDEC, du pharmacien	67
3.6. Soins : Les moyens pour la prise en soin	68
Le poste de soins	68
Les équipements du poste de soins	68
La sécurisation du poste de soins	68
Les projets de soins individualisés (PSI)	69
L'organisation du travail des nouveaux professionnels IDE, AS, AES, ... (nouveaux CDI/CDD, vacataires, intérimaires, stagiaires)	69
Les dossiers de liaison d'urgence (DLU)	69
Le chariot d'urgence	69
Le défibrillateur automatique externe (DAE)	69
Prévention, dépistage et protocole de gestion de la douleur	69
Les soins palliatifs	70
Les procédures et protocoles de soins	70
3.7. Soins : Les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins	70
La traçabilité des soins par les professionnels de l'EHPAD	70
Les pansements	70
Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs	71
3.8. Soins : Le circuit du médicament	71
La procédure du circuit du médicament	71
L'identitovigilance des résidents	71
L'identification des médicaments jusqu'à l'administration	71
Les moyens de transmissions entre l'EHPAD et l'officine en pharmacie	72
Le stock de médicament pour besoins urgents	72
Les stupéfiants	72
Les prescriptions médicales	72
La liste préférentielle de médicaments (LPM)	72
La retranscription des prescriptions dans le dossier médical	73
La dispensation des médicaments par l'officine en pharmacie	73
Médicaments : préparation des piluliers	73
La préparation des médicaments (hors piluliers)	73
Les locaux et les conditions de préparation des médicaments au sein de l'EHPAD	73
Le stockage des médicaments (stock individuel, chariot médicaments)	73
Les dates de péremption des médicaments	74
La liste des médicaments écrasables	74
La délégation de l'IDE de l'administration des médicaments	75
Traçabilité de l'administration des médicaments ou des motifs de non administration	75
4. Relations avec l'extérieur	76
4.1. Coordination avec les autres secteurs	76
Convention avec un établissement de santé	76
Convention avec des intervenants libéraux	76
Convention avec l'hospitalisation à domicile (HAD)	76
Convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs	76
Autres conventions	77
Convention avec une officine en pharmacie	77
Les DAC	77
5. Récapitulatif des écarts et des remarques	78
5.1. Écarts	78
5.2. Remarques	81
6. Conclusion	84
7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	86

8. Annexes		88
Annexe 1	Lettre de mission des agents chargés du contrôle	88
Annexe 2	Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH	90
Annexe 3	Documents demandés	90
Annexe 4	Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue	92

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

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

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée le 23 mai 2024 en mode inopinée, associant conjointement l'ARS et la Ville de Paris.

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièce et sur place.

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

- Gouvernance :
 - o Conformité aux conditions de l'autorisation.
 - o Management et Stratégie
 - o Animation et fonctionnement des instances
 - o Gestion de la qualité
 - o Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- Fonctions support
 - o Gestion des RH
 - o Gestion budgétaire et financière
 - o Gestion d'information
 - o Bâtiments et espaces extérieurs et équipements
 - o Sécurité
- Prises en charge
 - o Organisation de la prise en charge
 - o Respect du droit des personnes
 - o Vie sociale et relationnelle
 - o Vie quotidienne. Hébergement
 - o Soins : L'organisation de la continuité des soins
 - o Soins : Les moyens pour la prise en soins
 - o Soins : Les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins
 - o Soins : Le circuit du médicament
- Relations avec l'extérieur
 - o Coordination avec les autres secteurs.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Présentation des écarts et remarques qui sont identifiés comme majeurs dans la prise en charge des résidents :

Écarts

- Le non-respect des conditions de l'autorisation en fermant unilatéralement les places d'hébergement temporaire et le PASA
- Le taux d'occupation est en dessous du seuil autorisé par le CASF
- Le projet d'établissement n'est plus en vigueur
- L'établissement n'a pas rédigé son règlement de fonctionnement
- L'établissement ne dispose pas de plan bleu
- La directrice n'a pas de DUD
- Les cadres n'ont pas de subdélégations
- L'établissement n'a pas de médecin coordonnateur
- La composition et le fonctionnement du CVS n'est pas conforme
- L'absence d'une politique d'amélioration continue de la qualité
- La politique de promotion de la bientraitance n'est pas formalisée par des procédures
- L'établissement n'a pas de procédure concernant les situations de violence et de harcèlement
- Des glissements de tâches entre les différents métiers, en dehors des IDE
- La procédure de déclaration des EIG n'est pas appliquée et divulguée au sein de l'établissement
- Les EIG ne sont déclarés qu'à l'ARS et pas à la Ville de Paris
- La procédure de déclaration concernant des IEG liées aux médicaments n'est établie
- La tenue des dossiers administratifs des résidents est incomplète
- La confidentialité des dossiers des patients n'est pas assurée
- Une absence de convention sur la gestion des DASRI
- La traçabilité et la transmission des informations médicales du résident entre les professionnels ne sont pas sécurisées
- Le circuit du médicament n'a pas de procédure
- Une absence de protocoles de la douleur et des soins palliatifs
- Le coffre de stupéfiants n'est pas sécurisé

Remarques

- Les CODIR ne sont pas formalisés
- L'organisme gestionnaire n'accompagne l'établissement dans sa mise en place du PACQ
- L'établissement n'a pas de procédure en cas de situation d'urgence pendant la nuit
- Les prestataires extérieures ne sont pas évaluées
- Le circuit du linge n'est pas clairement identifié
- Les recommandations de la HAS sur la bientraitance ne sont pas mises en œuvre
- Les dossiers administratifs des personnels sont mal tenus et ne permettent pas de vérifier les différents documents.
- Le stockage du linge n'est pas approprié
- La procédure d'admission ne mentionne pas les documents remis au résident
- Il n'y pas de procédure d'admission pour l'hébergement temporaire
- Un manque de clarté dans la gestion des remplacements des salariés en congés ou absents
- L'absence d'outils de badgeage ne permet pas de fiabiliser les heures effectives de travail.
- L'utilisation des heures supplémentaires est récurrente

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 ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD Villa Danielle Torelli situé au 31 rue Olivier de Serres, 75015 PARIS, n°FINESS 750057101, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

Le contrôle de cet établissement, diligenté à ce titre sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de réaliser une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

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

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place le 23 mai 2024, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée)

Il a été réalisé conjointement par l'ARS et la Ville de PARIS.

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

- Gouvernance :
 - o Conformité aux conditions de l'autorisation
 - o Management et Stratégie
 - o Animation et fonctionnement des instances
 - o Gestion de la qualité
 - o Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- Fonctions support
 - o Gestion des RH
 - o Gestion budgétaire et financière
 - o Gestion d'information
 - o Bâtiments et espaces extérieurs et équipements
 - o Sécurité
- Prises en charge
 - o Organisation de la prise en charge
 - o Respect du droit des personnes
 - o Vie sociale et relationnelle
 - o Vie quotidienne. Hébergement
 - o Soins : L'organisation de la continuité des soins

- Soins : Les moyens pour la prise en soins
- Soins : Les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins
- Soins : Le circuit du médicament
- Relations avec l'extérieur
 - Coordination avec les autres secteurs

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

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

Présentation de l'établissement

Photo 1 : Entrée de la Résidence TORELLI



Situé sur l'ancien site de l'hôpital Saint Michel, au 31 rue Olivier de Serres, 75015 PARIS, l'EHPAD Villa Danielle Torelli est géré par l'association « ISATIS », sise 20, rue Pasteur 94270 Le Kremlin-Bicêtre. Il est reparti sur deux bâtiments, le bâtiment B qui regroupe l'accueil administratif, la direction et les étages des résidents comprenant plusieurs unités et le bâtiment C où se trouve l'unité l'Arc-en-ciel accueillant les résidents aux atteints de la maladie d'Alzheimer et le PASA.

Ouvert le 27 décembre 2016, l'EHPAD Villa Danielle Torelli a accueilli ses premiers résidents le 9 janvier 2017. Il dispose de 80 places dont de 70 places en hébergement permanent (HP) et 10 places en hébergement temporaire (HT) avec un taux de présence relevé en 2022 à 78,75%. Le jour de la mission d'inspection, l'établissement comptait 69 résidents en hébergement permanent. Les places temporaires sont inexistantes du fait de leur suppression par l'établissement.

L'établissement bénéficie également d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) de 14 places, ouvert de lundi à vendredi, autorisé le 1er septembre 2018, mais qui n'est plus en activité depuis 2020.

L'EHPAD est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale pour la totalité des places.

Selon l'ERRD 2022, le GMP s'élève à 713 et le PMP à 220 validé en 2018¹. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en dessous des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés.

Les chiffres présentés par l'établissement dans son rapport de 2022 montre qu'il y avait 113 femmes et 4 hommes, avec un âge moyen de 82,2 ans et le nombre des GIR était reparti ainsi :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD 2022					
IDF ²	18%	40%	18%	17%	7%

Le jour de l'inspection, l'établissement présentaient les informations suivantes :

GIR 1 :

GIR 2 :

GIR 3 :

GIR 4 :

GIR 5 :

● résidents sont sous protection judiciaire.

L'établissement comptait 69 résidents repartis sur plusieurs unités :

Étage/bâtiment	Type d'unité	Nombre de résidents accueillis
Bâtiment B	Unité Florence	20
	Unité Rome	14
	Unité Sienne	19
Bâtiment C	Unité Venise	9
	Dont unité Arc-en-ciel	7

Le budget de fonctionnement est de 3 012 299,73€ en 2023, dont 1 496 942,42€ au titre de l'hébergement et 1 515 357,31 € au titre du soin.

L'établissement n'est pas encore sous CPOM, mais bénéficie d'une convention tripartite avec l'ARS et la Ville de PARIS signée le 17 janvier 2017.

Le CPOM est en cours de négociation avec l'ARS et la Ville de Paris.

¹ Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 738 et 221 ; en prenant uniquement en compte les établissements du privé lucratif de plus de 100 places, le GMP médian est de 725 et le PMP 216.

² ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Villa Danielle TORELLI		
Nom de l'organisme gestionnaire	ISATIS		
Numéro FINESS géographique	750057101		
Numéro FINESS juridique	940017304		
Statut juridique	Privé à but non lucratif		
Option tarifaire	Option partielle		
PUI	Non		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ³
	HP	70	70
	HT	10	
	PASA	14	0
	UHR		
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	Toutes les places sont habilitées à l'aide sociale		

	Année 2021	Année 2022	Année 2023
PMP Validé			
GMP Validé			

³ Au jour du contrôle sur place



Constats



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

1. Gouvernance

1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.1	1.1.1	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Le statut juridique de la structure</u> Références :	<p>L'EHPAD Danielle Torelli est un établissement privé à but non lucratif de l'association gestionnaire « ISATIS » (association loi du 1^{er} juillet 1901).</p> <p>Il est situé dans l'ancien hôpital St Michel, intégré dans un complexe immobilier abritant plusieurs établissements médicaux sociaux mais aussi des appartements privés. Il est au cœur d'une cité et d'un tissu social animé.</p> <p>Le nouveau bureau du conseil d'administration a été élu le 22 juin 2023. Les documents relatifs à la présidence de l'association et au conseil d'administration n'ont pas été présentés à la Mission d'inspection.</p> <p>Écart 1 : L'établissement n'a pas fourni à la Mission les documents présentant le fonctionnement et l'organisation du conseil d'administration et la présidence de l'association, ce qui contrevient à l'article L313-1, 4^{ème} alinéa du CASF.</p>
1.1	1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Les conditions d'autorisation</u>	<p>Le jour de l'inspection, l'établissement comptait 69 résidents, soit un taux d'occupation de 90%. Les 69 places occupées concernent aussi l'unité « L'arc-en-ciel ».</p> <p>En 2022, le taux d'occupation était de 78.28%.</p> <p>Écart 2 : En présentant un taux d'occupation de 90%, en dessous du seuil fixé à 95%, l'établissement ne respecte pas les exigences établies par l'article L313-1 alinéa 4 du CASF.</p> <p>L'EHPAD Villa Danielle Torelli a une capacité de 80 places dont 70 places en hébergement permanent et 10 places en hébergement temporaire réservées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer nommé « Arc-en-ciel ».</p> <p>Cette unité d'hébergement temporaire ne fonctionne plus car elle a été fermée unilatéralement par la direction de l'établissement, par manque de candidats selon la direction. La direction a transformé ces places en hébergement permanent.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Écart 3 : En transformant les 10 places d'hébergement temporaire de l'unité Alzheimer en hébergement permanent sans autorisation des autorités, l'établissement ne respecte plus les conditions de son autorisation n°2012-149 du 06/08/2012 et nuit gravement à la prise en charge des usagers sur le territoire en supprimant une offre d'accueil inscrite au schéma d'organisation sociale et médico-sociale, ce qui contrevient à l'article L313-1 alinéa 4 du CASF.</p> <p>L'établissement dispose d'un PASA autorisé et ouvert en 2017. La mission a constaté que celui-ci ne fonctionne plus depuis 2019. Il a été fermé unilatéralement par l'établissement. La Mission a constaté que les locaux inoccupés sont en état de dégradation alors qu'ils ont été utilisés seulement une année. La visite des locaux du PASA montrent que ceux-ci sont utilisés par des personnes autres que les résidents. La Mission constate également que le mobilier et le matériel dédiés aux activités du PASA sont dégradés. La cuisine est régulièrement utilisée. Une pièce est a été transformée en infirmerie du bâtiment C.</p> <div> <div> <p>Photo 3 : Intérieur du PASA</p>  </div> <div> <p>Photo 2 : Terrasse du PASA</p>  </div> </div>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Photo 5 : Mobilier du PASA</p>  <p>Photo 4 : Mobilier du PASA</p>  <p>Écart 4 : En fermant le PASA sans en informer les autorités, l'établissement ne remplit plus les conditions de son arrêté n° 2012-149 du 0/08/12 et de sa labellisation du 30 juillet 2018, ce qui contrevient aux articles L313-1, L313-4 et D312-155-0-1 du CASF et aux conditions de sa labellisation.</p>
1.1	1.1.3	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)</u>	Le CPOM est en cours de négociation avec l'ARS et la Ville de Paris.
1.1	1.1.4	Conformité aux conditions d'autorisation	<u>Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA)</u>	<p>Le projet du PASA reste d'actualité malgré sa fermeture. En effet ce PASA répond à un besoin du territoire. Sa réouverture nécessite une visite sur site dans le cadre du suivi afin de vérifier le respect de la mise en œuvre de ce projet et permettre aux résidents de disposer de nouveau de cette offre.</p> <p>Écart 5 : En fermant unilatéralement le PASA, l'établissement réduit les possibilités d'offrir aux résidents une prise en charge adaptée à leurs besoins, ce qui contrevient aux articles L311-3 et D312-155-0-1 du CASF (PASA).</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.1	1.1.5	Conformité aux conditions d'autorisation	La population accueillie	<p>L'établissement compte 69 personnes [REDACTED]</p> <p>La majorité des résidents est hébergée dans le bâtiment B qui compte 53 résidents. Le bâtiment C en compte 16.</p> <p>La moyenne d'âge est de 89 ans.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>GIR 1 : [REDACTED]</p> <p>GIR 2 : [REDACTED]</p> <p>GIR 3 : [REDACTED]</p> <p>GIR 4 : [REDACTED]</p> <p>GIR 5 : [REDACTED]</p> <p>16 résidents sont logés dans le bâtiment C et 53 dans le bâtiment B.</p>

1.2. Management et Stratégie

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2	1.2.1	Management et Stratégie	Le règlement de fonctionnement	<p>L'établissement a présenté à la mission son règlement de fonctionnement. Celui-ci est affiché dans le hall du bâtiment B.</p> <p>Il comporte bien les droits et les devoirs des résidents. Ce règlement intérieur présente les conditions d'admission :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être âgé de 60 ans, avec une possibilité de dérogation concernant l'âge. - Etat de santé : en situation d'autonomie ou dépendance physique ou psychique. - Procédure d'admission : recevabilité et analyse de la demande ainsi que la nature de la décision de l'établissement qui repose sur l'avis médical du médecin coordonnateur, après analyse de tous les éléments du dossier demandés par l'établissement.

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Les règles de vie au sein de l'EHPAD, les droits et les obligations du résident y sont inscrits, ainsi que la sécurité de la personne et des biens.</p> <p>Ce règlement est conforme à la législation en vigueur.</p> <p>Toutefois, Il n'est pas assuré que celui-ci soit remis à chaque résident. L'établissement n'indique pas les modalités de transmission de ce règlement de fonctionnement aux résidents. Les dossiers des résidents consultés pendant l'inspection ne contiennent pas le règlement intérieur.</p> <p>Écart 6 : Le règlement de fonctionnement n'a pas été présenté au CVS, ce qui contrevient aux dispositions des articles L311-7 du CASF.</p> <p>Écart 7 : Le règlement de fonctionnement n'est pas remis au résident, ce qui contrevient à l'article R311-34 du CASF.</p>
1.2	1.2.2	Management et Stratégie	<u>Le règlement de fonctionnement : contenu</u>	Le contenu du règlement de fonctionnement est conforme aux dispositions obligatoires prévues dans le CASF.
1.2	1.2.3	Management et Stratégie	<u>Le projet d'établissement</u>	<p>L'établissement n'a pas présenté à la Mission d'inspection un projet d'établissement actualisé. La dernière version du projet [REDACTED]</p> <p>Écart 8 : En ne présentant pas de projet d'établissement actualisé, l'établissement contrevient aux articles L311-8, L315-17, D311-38, D312-158, 1° et D312-176-5 du CASF.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2	1.2.4	Management et Stratégie	<u>Le projet d'établissement : contenu</u>	<p>L'absence du projet d'établissement ne permet pas à la Mission d'inspection de contrôler les axes d'orientations de sa stratégie managériale au bénéfice des résidents et s'assurer que le projet répond aux besoins des résidents.</p> <p>Écart 9 : En l'absence du projet d'établissement, la mission d'inspection ne peut contrôler les modalités et la qualité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.</p>
1.2	1.2.5	Management et Stratégie	<u>Le plan bleu</u>	<p>L'établissement n'a pas présenté à la mission d'inspection son plan Bleu.</p> <p>Écart 10 : En ne disposant pas de plan bleu, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L.311-3, D312-155-4-1, D312-160 du CASF et l'arrêté du 7 juillet 2005 modifié.</p>
1.2	1.2.6	Management et Stratégie	<u>La direction, l'organigramme</u>	<p>Un directeur est en poste dans l'établissement depuis [REDACTED]</p> <p>L'organigramme présente les liens hiérarchiques et fonctionnels de la directrice avec l'ensemble des agents.</p>
1.2	1.2.7	Management et Stratégie	<u>Les CODIR / COMEX / COFIL</u>	<p>La directrice organise des réunions et des points réguliers avec son équipe composée de l'adjointe de direction, l'IDEC, la psychologue. L'établissement a présenté 54 relevés de réunions remontant à 2021 et dont le dernier date du 28/12/23.</p> <p>La Mission d'inspection constate que les relevés présentés ne peuvent être considérés comme des comptes rendus des CODIR. Ils ne sont pas accompagnés par les ordres du jour et ne mentionnent pas la qualité du rédacteur. Ces comptes rendus traitent de plusieurs thématiques dont les mentions ne sont pas forcément remplies et ne renseignent pas pleinement sur les problématiques de l'établissement.</p> <p>Remarque 1 : Les modalités d'organisation des réunions par l'établissement et l'absence de formalisme propre aux CODIR ne permettent pas à la Mission d'inspection de les définir comme tels.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2	1.2.8	Management et Stratégie	<u>Les conflits entre direction et salariés</u>	<p>La Mission d'inspection note un dialogue entre la direction et les salariés qui n'est pas assurément constructif. Ce climat est susceptible de fragiliser la qualité de vie au travail des salariés et impacter sur la qualité de la prise en charge des résidents. : par exemple les demandes les droits aux congés ne sont pas accordés par manque de remplacement, les heures supplémentaires ne sont pas correctement comptabilisées, le mode de recueillement du pointage des horaires des salariés n'est pas fiable.</p> <p>Écart 11 : L'absence d'un dialogue constructif entre la direction et le personnel sur leurs droits Interfère sur la qualité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 3° du CASF.</p>
1.2	1.2.9	Management et Stratégie	<u>Relations Directeur/Gestionnaire</u>	<p>Les relations entre la directrice et l'organisme gestionnaire sont régulières et formalisées. Le siège accompagne la directrice dans ses missions et l'assiste en cas de demande de différentes façons :</p> <p>Des réunions entre le siège et les directeurs de l'association sont organisées tous les mois.</p> <p>La directrice participe au comité exécutif de l'association pour partager les orientations celle-ci.</p> <p>L'association l'accompagne dans la rédaction du projet d'établissement, le plan qualité et le plan bleu qui ne pas sont à mettre à jour.</p> <p>Une présence régulière du psychologue du siège est en place pour accompagner les soignants sur les questions éthiques.</p> <p>La Mission s'interroge sur la qualité de cet accompagnement de l'organisme gestionnaire dans la mesure où le projet d'établissement datant de 2017 est largement désuet, que le plan bleu n'est pas actualisé et que l'établissement ne dispose pas d'un PACQ alors qu'il existe un référent qualité au siège du gestionnaire.</p> <p>Remarque 2 : L'absence de documents réglementaires au sein de l'établissement, à savoir le projet d'établissement et le plan bleu interpelle la Mission d'inspection sur la nature et l'efficacité de l'accompagnement de l'organisme gestionnaire.</p>
1.2	1.2.10	Management et Stratégie	<u>Directeur : contrat et prise de poste</u>	<p>La directrice est en poste [REDACTED]</p> <p>Elle exerce un pouvoir fonctionnel et hiérarchique sur les salariés, néanmoins les salariés cadres ont également un lien hiérarchique avec l'organisme gestionnaire.</p> <p>La fiche de poste décrit exhaustivement les missions de la directrice :</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<ul style="list-style-type: none"> • Représentation et conduite de la stratégie de l'établissement ; • Recrutement des salariés hors cadres ; • Gestion budgétaire et financière de l'établissement (avec une autorisation de dépenses dans la limitation de 1 200 euros. Au-delà, il faut la validation de l'organisme gestionnaire : ex. gros travaux, sécurité. Elle est garante du respect de la procédure comptable établie pour l'ensemble de l'association et de la mise en œuvre des moyens nécessaires) ; • Gestion de la comptabilité de l'établissement et l'arrêté des comptes, en liaison avec la direction générale et son responsable administratif et financier. <ul style="list-style-type: none"> • Elaboration des budgets prévisionnels et leur suivi ; • Sécurisation du fonctionnement du bâtiment et la sécurité des agents.
1.2	1.2.11	Management et Stratégie	<u>Directeur : qualifications</u>	<p>Les diplômes de la directrice sont conformes. [REDACTED]</p>
1.2	1.2.12	Management et Stratégie	<u>Les astreintes administratives et techniques</u>	<p>Les astreintes sont organisées entre la directrice et l'IDEC, avec un roulement toutes les 2 semaines chacune. L'adjointe de direction ne fait pas les astreintes.</p> <p>Le planning est fait par l'IDEC et affiché dans le poste de soins, ainsi que le numéro d'astreinte. Ces coordonnées sont aussi dans le classeur à l'accueil.</p> <p>Dans le cadre conventionnel avec un SSIAD, en cas d'urgence, un IDE de nuit peut passer la nuit. L'établissement n'a pas présenté à la mission d'inspection une procédure en cas d'urgence la nuit.</p> <p>Remarque 3 : L'établissement n'a pas de procédure en cas d'urgence la nuit.</p>
1.2	1.2.13	Management et Stratégie	<u>La présence et le remplacement de la direction</u>	<p>Le jour de l'inspection, la direction de l'établissement était présente et la mission a pu s'entretenir avec les différents cadres de la direction : la direction, adjointe de direction et l'IDEC.</p>

N°CAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.2	1.2.14	Management et Stratégie	<u>Les délégations de signatures</u>	<p>La directrice ne dispose pas de délégation de signature.</p> <p>Écart 12 : L'établissement n'a pas présenté à la mission d'inspection le DUD de la directrice. Ce qui contrevient à l'article D312-176-5 du CASF.</p>
1.2	1.2.15	Management et Stratégie	<u>Les subdélégations du directeur</u>	<p>La directrice n'a pas établi de subdélégations. Il a été présenté à la mission une procédure gérant les absences de manière générale intitulée : « <i>procédure en cas d'absence du personnel</i> ». Celle-ci est généraliste et est non datée.</p> <p>Il est indiqué dans cette procédure que « 1. En l'absence de la Directrice d'établissement</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>en cas d'absence prévue</u> : la continuité est assurée par l'adjointe de direction pour la partie administrative et par l'infirmière coordinatrice pour la partie soins. Un point est réalisé en amont de l'absence de la Directrice notamment pour les consignes ou conduites à tenir. La répartition des tâches est faite selon l'organisation en place. - <u>en cas d'absence imprévue</u> : la répartition des missions est réalisée selon les modalités habituelles. En toute circonstance un point d'échange téléphonique est initié par la Directrice ». <p>Aucun document daté et signé par les parties concernées n'a été présenté à la mission indiquant nommément les subdélégations. Les cadres de la direction ne disposent pas de subdélégation. Cela interroge sur la gestion de l'établissement en l'absence de la directrice.</p> <p>Écart 13 : L'établissement n'a pas présenté les subdélégations des cadres de sa direction, ce qui contrevient aux articles D315-67, D315-68, et D315-69 CASF.</p>

1.2	1.2.16	Management et Stratégie	L'IDEC	<p>L'IDEC exerce à temps plein [REDACTED]</p> <p>Elle dispose d'une fiche de poste qui n'est pas signée par les deux parties.</p> <p>Remarque 4 : La fiche de poste de l'IDEC n'est pas signée par la responsable hiérarchique et par l'IDEC.</p>
1.2	1.2.17	Management et Stratégie	Le MédCo : temps de présence	<p>L'établissement n'a plus de médecin coordonnateur au sein de son équipe. Le RAMA 2022 indique que le médecin coordonnateur a démissionné depuis fin décembre 2022.</p> <p>L'association fait intervenir dans l'établissement son médecin référent qui est gériatre et psychiatre, une ½ journée par semaine.</p> <p>La directrice a fait part de ses difficultés de recrutement d'un médecin coordonnateur et a contacté la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) afin de solliciter leur aide pour assurer la communication de cette recherche. Cependant, elle n'a présenté aucun document justifiant de l'effectivité de ces démarches.</p> <p>Écart 14 : Écart n°14 : En ne présentant pas les éléments justifiant du processus du recrutement du médecin coordonnateur, l'établissement contrevient à l'article D312-156 du CASF.</p>
1.2	1.2.18	Management et Stratégie	Le MédCo : qualifications	Cf 1.2.17
1.2	1.2.19	Management et Stratégie	Le MédCo : contrat	Cf 1.2.17

1.2	1.2.20	Management et Stratégie	<u>Les affichages</u>	<p>Les affiches obligatoires sont présentées à l'accueil sur un panneau dans le hall du bâtiment B :</p> <p>-Le programme des animations de la semaine, les menus sont affichés dans les couloirs et dans les ascenseurs.</p> <p>-Sont également affichés, les tarifs des prestations, les arrêtés du CD, l'organigramme de la structure, le règlement de fonctionnement, le PV du CVS, la liste des personnes qualifiées, la charte des droits et libertés de la personne accueillie.</p>
-----	--------	-------------------------	-----------------------	--

1.3. Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.3	1.3.1	Animation et fonctionnement des instances	<u>Le conseil de vie sociale (CVS) : organisation</u>	<p>Il existe un CVS au sein de l'établissement. Les documents transmis montrent 2 rencontres annuelles du CVS en 2021, 2022 et 2023.</p> <p>Plusieurs points ont été abordés pendant les réunions : par exemple l'arrivée des nouveaux salariés, les absences, la vie sociale, la réouverture du PASA, la tarification, l'hébergement, le restaurant, la vie dans résidence.</p> <p>Les comptes rendus sont rédigés mais ne respectent pas le formalisme réglementaire : il n'est pas précisé la personne qui est en l'auteur ainsi que la personne qui assure le secrétariat des séances. Les ordres du jour ne sont pas formellement présentés aux membres.</p> <p>Concernant sa composition, Il manque une présentation intégrale des membres.</p> <p>La dernière élection du CVS en date 29 avril 2022 se compose ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 représentants des familles • 3 représentants des résidents

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>La composition de ce CVS tel que présenté n'est pas conforme à la réglementation en vigueur car il est incomplet.</p> <p>La mission constate selon les comptes rendus fournis que d'autres membres ont intégré le CVS. Ainsi le CVS du 29 juin 2023 montre la présence de 3 représentants de l'EHPAD.</p> <p>Il n'a pas été apporté plus de précisions sur le président de ce CVS et la présence du représentant de l'organisme gestionnaire.</p> <p>Écart 15 : La composition et le fonctionnement du CVS ne répondent pas aux dispositions des articles D311-4 et D311-5 du CASF.</p> <p>Aucun document ne spécifie le règlement de fonctionnement du CVS ait été approuvé par les membres.</p> <p>Écart 16 : Le CVS ne dispose pas de règlement intérieur, ce qui contrevient à l'article D311-19 du CASF.</p>
1.3	1.3.2	Animation et fonctionnement des instances	<u>Le CVS et les événements indésirables et dysfonctionnements</u>	<p>L'établissement n'a pas fourni de documents montrant que le CVS est informé des EI ou des dysfonctionnements au sein de l'EHPAD ainsi que les actions correctrices en place.</p> <p>Écart 17 : Il n'est pas indiqué que le CVS a été informé sur les EI ou EIG, ce qui convient aux dispositions de R331-10 du CASF.</p>

1.4. Gestion de la qualité

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.4	1.4.1	Gestion de la qualité	<u>Les professionnels référents et responsable qualité</u>	<p>Il n'y a pas de référent qualité dans l'établissement. Une responsable qualité du siège intervient dans l'établissement afin d'assister la direction dans la mise en place des outils sur la qualité.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.4	1.4.2	Gestion de la qualité	<u>Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)</u>	<p>Le PACQ de l'établissement n'est pas construit. La démarche qualité dans son ensemble ne répond pas aux exigences attendues car plusieurs documents encadrant la démarche qualité ne sont pas à jour, à l'instar du projet d'établissement. Il n'y pas de COPIL qualité au sein de l'établissement.</p> <p>Des projets de formation ont été présentés en vue d'acquérir la maîtrise des outils de gestion de la qualité et préparer la prochaine évaluation prévue en 2025.</p> <p>Il n'a pas été présenté à la mission les procédures concernant le circuit du linge plat, pris en charge par un prestataire extérieur. De même pour le ménage géré par le même prestataire.</p> <p>Le linge des résidents est également géré par le même prestataire externe, mais le lavage se fait dans l'établissement.</p> <p>Les entrées et les sorties du linge plat ne sont pas matériellement bien identifiées.</p> <p>Écart 18 : La démarche qualité de l'établissement n'est pas conforme à l'article L312-8 du CASF.</p> <p>Remarque 5 : Les prestations externalisées ne sont pas évaluées.</p> <p>Remarque 6 : Le circuit de la prise en charge matérielle du linge plat par le prestataire extérieur n'est pas clairement identifié et sécurisé.</p>
1.4	1.4.3	Gestion de la qualité	<u>L'évaluation et l'auto-évaluation</u>	<p>La dernière évaluation a eu lieu en juin 2015. La prochaine évaluation aura lieu en 2025.</p> <p>Écart 19 : Les outils d'évaluation ne sont pas opérationnels contrairement aux dispositions aux articles L312-8, D312-203 et D312-204 du CASF.</p>
1.4	1.4.4	Gestion de la qualité	<u>La politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance</u>	<p>Il n'existe pas au sein de l'établissement une politique formalisée sur la bientraitance. Le psychologue du siège propose des formations sur la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance. Il n'a pas été présenté à la mission le contenu de ces formations, ni de justificatifs sur ces formations. L'établissement a présenté deux feuilles d'émargement de formation sur la bientraitance 06/03/2024 et 18/08/2024.</p>

N°/GAS	N°/LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Remarque 7 : Les recommandations de la HAS sur la pratique de la bientraitance ne sont pas utilisées.</p> <p>Écart 20 : La politique de promotion de la bientraitance n'est pas formalisée dans l'établissement contrairement aux dispositions des articles L119-1 et L311-3, 1° du CASF, de la circulaire du 20 février 2014 et de l'instruction DGAS/2A N°2007-112 du 22 mars 2007.</p>
1.4	1.4.5	Gestion de la qualité	<u>Les situations de violence ou harcèlement</u>	<p>Il n'a pas été présenté à la mission des documents ou de procédures traitant des situations de violences ou de harcèlement sexuel au sein de l'établissement.</p> <p>Écart 21 : L'établissement ne dispose de procédures concernant les situations de violence ou de harcèlement, ce qui contrevient à l'article L 331-8-1 du CASF</p>
1.4	1.4.6	Gestion de la qualité	<u>La déclaration des maltraitances</u>	<p>Il n'a pas été présenté à la mission une procédure en cas d'agression. Il n'existe pas de mesures de protection des salariés en cas de témoignage face aux situations de violence ou d'agression. Les entretiens relèvent le fait que les salariés ne sont pas informés de cette protection.</p> <p>Écart 22 : L'établissement ne dispose de procédure protégeant les salariés en cas de témoignage sur les faits de violence ou de harcèlement, ce qui contrevient à l'article L313-24 du CASF.</p>

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

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
1.5	1.5.1	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<u>Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction</u>	<p>Un « cahier de doléances » est tenu. On y trouve des mails adressés par les familles ainsi que la réponse qui a été apportée par l'établissement.</p> <p>Il est à noter que la dernière réclamation enregistrée datait [REDACTED]</p> <p>Remarque 8 : Le cahier de doléances n'a pas été tenu en 2024.</p>
1.5	1.5.2	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<u>La procédure de déclaration des événements indésirables (EI)</u>	<p>L'établissement a présenté une fiche concernant la déclaration interne d'un EI.</p> <p>Concernant les EIG, il n'a pas été présenté à la Mission une procédure spécifique et aucun EIG n'a été déclaré.</p> <p>La déclaration des EIG aux autorités est faite exclusivement par la directrice.</p> <p>A l'issu des entretiens, la Mission constate que le personnel ne maîtrise pas la réglementation relative aux EI et EIG et présente une méconnaissance des outils sur le traitement des EI et des EIG.</p> <p>Écart 23 : L'établissement ne dispose pas de procédure relative aux traitements des dysfonctionnements graves à déclarer, ce qui contrevient aux L313-24 et L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 du CASF, et l'Arrêté du 28/12/2016 modifié.</p>
1.5	1.5.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<u>La procédure de gestion des événements indésirables en PECM</u>	<p>Il n'existe de pas de procédure spécifique pour la gestion des EI liés à la prise en charge médicamenteuse (PECM). Ils sont gérés au cas par cas, analysés avec les personnes concernées par l'EI, et un retour est fait à l'équipe.</p> <p>Écart 24 : Écart n°24 : L'établissement ne dispose de procédure de gestion d'EI liées à la prise en charge médicamenteuse, ce qui contrevient à l'article R1413-67 CSP et à l'arrêté du 28/12/2016 modifié.</p>
1.5	1.5.4	Gestion des risques, des	<u>Le suivi, l'analyse et le retour d'expérience (RetEx) des EI</u>	<p>Les EI ne font pas l'objet d'une analyse ou de RETEX afin de mettre en place les actions correctives.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
		crises et des événements indésirables		<p>Écart 25 : L'établissement n'a pas présenté les modalités de suivi des situations ou des RETEX en cas de survenance de EI ou EIG, contrairement aux articles L331-8-1 et R331-8 et -9 du CASF, R1413-67 à 73 du CSP et l'arrêté du 28 décembre 2016.</p>
1.5	1.5.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Déclaration et analyse des chutes.	<p>Néanmoins, l'établissement n'indique pas l'existence d'une commission de chutes. Il n'existe pas non plus un accompagnement du personnel sur la prévention des chutes par des formations ou la mise en place des outils adaptés qui accompagnent ou améliorent les pratiques professionnelles.</p> <p>Remarque 9 : L'établissement n'a pas mis en place un comité de chutes</p>
1.5	1.5.6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Le signalement aux autorités administratives compétentes	<p>Les EIG sont déclarés seulement à l'ARS, mais pas à la Ville de Paris.</p> <p>Écart 26 : L'établissement ne déclare pas les EIG aux tutelles, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 CASF.</p>

2. Fonctions support

2.1. Gestion des ressources humaines

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.1	2.1.1	Gestion des ressources humaines	<u>Les effectifs professionnels</u>	<p>L'établissement a transmis 3 documents comportant les effectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Organigramme, – Registre du personnel de janvier à avril 2024, – Tableau des effectifs pourvus et non pourvus 2024. <p>Les dénominations des postes du registre unique du personnel, du tableau des effectifs pourvus et non pourvus et du registre du personnel CDI CDD 2024 ne correspondent pas. Ce dernier fait apparaître des agents d'accompagnement, qui n'apparaissent pas sur le tableau des effectifs pourvus/non pourvus 2024.</p> <p>En confrontant les noms des agents d'accompagnement du registre du personnel CDI 2024, ils apparaissent sous la rubrique AVS dans le tableau des agents pourvus/non pourvus.</p> <p>D'après l'organigramme transmis par l'établissement, le personnel de l'EHPAD est constitué comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Directrice, - Adjointe de Direction, - Médecin coordinateur, - Infirmier coordinateur, - Psychologue, - Psychomotricienne, - Animatrice, - Responsable technique, - Infirmiers, - Aides-soignants, Auxiliaires de vie, AMP, - Lingère, - Agents de service hôtelier, - Chargé d'accueil.

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires																																					
				<p>Le nombre d'agents, les quotités de temps de travail et la nature des contrats ne sont pas spécifiés.</p> <p><u>Les effectifs</u></p> <p>Le registre du personnel liste les personnels, leurs fonctions, la nature de leur contrat (CDD ou CDI), mais ne comprend pas les quotités de temps de travail.</p> <p>Les effectifs en contrat à durée indéterminé (CDI) se déclinent comme suit :</p> <table><tr><th>Catégories</th><th>Intitulé poste</th><th>Nombre de salariés</th></tr><tr><td rowspan="3">Administratif</td><td>Directrice</td><td></td></tr><tr><td>Adjointe de direction</td><td></td></tr><tr><td>Agent d'accueil et de communication</td><td></td></tr><tr><td>Technique</td><td>Ouvrier qualifié</td><td></td></tr><tr><td>Animation</td><td>Animateur socio-éducatif</td><td></td></tr><tr><td>Soins</td><td>AS diplômé</td><td></td></tr><tr><td>Aide médico-psychologique (AMP)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Agent d'accompagnement</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Accompagnant éducatif et social</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Infirmier coordinateur</td><td>Infirmière cadre</td><td></td></tr><tr><td>Lingère</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Total</td><td></td><td></td></tr></table> <p>Le tableau des effectifs pourvus et non pourvus de mai 2024 concerne uniquement les personnels soignants : AS, AES, AVS, AMP, ASG PASA, assistante en gérontologie, infirmiers ; médecin coordinateur et les agents de service hôtelier.</p> <p>L'état des lieux en mai 2024 d'après ce document est le suivant :</p> <p><u>Personnel médical et para médical</u></p> <p><u>Equipe soignante</u> : Aide-soignante (AS), Accompagnant Éducatif et Social (AES), Auxiliaire vie sociale (AVS), Assistant soins en gérontologie.</p>	Catégories	Intitulé poste	Nombre de salariés	Administratif	Directrice		Adjointe de direction		Agent d'accueil et de communication		Technique	Ouvrier qualifié		Animation	Animateur socio-éducatif		Soins	AS diplômé		Aide médico-psychologique (AMP)			Agent d'accompagnement			Accompagnant éducatif et social			Infirmier coordinateur	Infirmière cadre		Lingère			Total		
Catégories	Intitulé poste	Nombre de salariés																																							
Administratif	Directrice																																								
	Adjointe de direction																																								
	Agent d'accueil et de communication																																								
Technique	Ouvrier qualifié																																								
Animation	Animateur socio-éducatif																																								
Soins	AS diplômé																																								
Aide médico-psychologique (AMP)																																									
Agent d'accompagnement																																									
Accompagnant éducatif et social																																									
Infirmier coordinateur	Infirmière cadre																																								
Lingère																																									
Total																																									

N°ISAS	N°UDAE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>personnels qui se décomposent en une équipe de jour composée de 2 équipes et une équipe de nuit.</p> <p>➤ Equipe jour soignants ETP, dont ETP pourvus ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - AS : - AMP : - AVS : - ASG PASA : - Accompagnant éducatif et social : <p>Parmi ces agents, AS et AVS sont en arrêt maladie depuis plusieurs mois.</p> <p>postes sont vacants : AS, AES, ASG pour le PASA.</p> <p>L'équipe de jour est organisée en équipe A et équipe B.</p> <p>➤ IDE : ETP (). Tous les postes sont vacants. L'étude des documents indique que les besoins sont pourvus notamment en intérim (intérim en 2024), et en CDD (CDD en 2024 sur les mois de janvier à avril).</p> <p>Médecin coordonnateur : Le poste est vacant depuis octobre 2022 (voir supra). La direction indique ne pas parvenir à recruter. Il est précisé à la mission que le médecin de la structure Isatis est présent une demi-journée par semaine. La quotité de temps du médecin coordonnateur, compte tenu de la capacité d'hébergement de l'établissement, devra être de ETP.</p> <p>L'IDEC n'apparaît pas dans le tableau alors qu'elle apparaît dans l'organigramme et est en CDI. et travaille à temps complet, </p> <p>Personnel paramédical</p> <p>Concernant le poste de psychologue, une vacance de poste de 5 mois est constatée de janvier à mai 2024. Il a été indiqué à la mission que du fait cette vacance, la mise à jour des projets individualisés n'a pu être menée.</p> <p>Une psychologue est arrivée . Le contrat d'essai du précédent psychologue n'a pas été reconduit en décembre 2023.</p>

N°DGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>La psychomotricienne est contractuelle [REDACTED] contrats ont été signés : [REDACTED] La mission n'a pas de visibilité sur la poursuite de son contrat au-delà de cette date, ce qui interroge sur la bonne prise en charge des résidents.</p> <p>Remarque 10 : Les dénominations des personnels travaillant dans l'établissement sont différentes d'un document à l'autre ce qui ne favorise pas la compréhension de la composition des effectifs.</p>
2.1	2.1.2	Gestion des ressources humaines	Les contrats de travail	<p>L'étude des documents montre que les vacances en personnels paramédicaux, les IDE et les ASH sont pourvus en CDD et intérim.</p> <p>Sur la période du 01/01/2024 au 30/04/2024, le registre du personnel de janvier à avril 2024 fait état de [REDACTED] salariés [REDACTED] CDI, dont [REDACTED] CDD [REDACTED]</p> <p>A l'exception de la psychomotricienne et des agents d'accueil et de communication ([REDACTED] contrats qui concernent [REDACTED] agents), tous les contrats à durée déterminée concernent des soignants sous les dénominations suivantes : AS diplôme, AS, agent d'accompagnement, auxiliaire socio-éducatif, infirmier.</p> <p>On relève [REDACTED] CDD pour les « AS diplôme », qui concernent [REDACTED] personnes, soit 3,2 contrats en moyenne par personne sur la période.</p> <p>[REDACTED] CDD pour les AS qui concernent [REDACTED] salariés, soit 2,8 contrats en moyenne par AS. L'une des AS a bénéficié de [REDACTED] contrats allant de 1 journée à 15 jours La mission s'interroge sur la qualification des « AS »</p> <p>Sur la période, l'établissement a recruté un infirmier en CDD. Il a bénéficié de [REDACTED] CDD : le 24 janvier puis les mois entiers de février, mars et avril 2024.</p> <p>L'établissement a recours de façon importante aux contrats à durée déterminée pour pallier les absences de courte durée et les postes vacants.</p> <p>La mission s'interroge sur l'enchaînement de contrats courts pour l'un des postes d'infirmier, alors que les 4 postes cibles d'infirmiers sont vacants.</p>

N°DGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Il a été indiqué à la mission que des intérimaires sont également recrutés. L'établissement a transmis un tableau intitulé « liste nominative des personnels de 2021 à 2024 –extraction prestataire », qui est une extraction des appels à intérim. Le nom de l'intérimaire et le nombre d'heures facturées sont indiqués. Le métier des intérimaires et l'année d'intervention ne figurent pas, ce qui ne permet pas à la mission d'analyser si l'EHPAD fait appel aux mêmes intérimaires afin de garantir une stabilité dans les soins.</p> <p>Remarque 11 : La qualification des AS en contrat à durée déterminée n'a pu être vérifiée.</p> <p>Écart 27 : En ayant recours de manière importante aux personnels en CDD et en intérim, la direction de l'établissement ne pourvoit pas de manière durable et permanente certains postes de soignants, ce qui ne garantit pas la continuité et la sécurité des prises en charge et contrevient à l'article L311-3 CASF.</p>
2.1	2.1.3	Gestion des ressources humaines	<u>Le taux d'absentéisme</u>	<p>L'établissement n'a pas renseigné les tableaux de bord de l'ANAP depuis 2021.</p> <p>Il n'est donc pas possible à la mission de donner des éléments concernant l'absentéisme et le taux de rotation du personnel.</p> <p>Écart 28 : En ne respectant pas son obligation de renseigner les tableaux de l'ANAP, l'établissement conduit la mission à s'interroger sur la qualité de la prise en charge des résidents, comme l'exigent les articles L.311-3 1° et L.311-3 3° du CASF.</p>
2.1	2.1.4	Gestion des ressources humaines	<u>Les dossiers administratifs des professionnels</u>	<p>18 dossiers ont été vérifiés sur place dont 9 CDI et 9 CDD.</p> <p>Les dossiers contiennent sans classement les contrats de travail et avenants, et divers documents administratifs (copie carte nationale identité, justificatifs de domicile, attestation sécurité sociales, RIB, carte vitale, CV, copie de diplômes). Les extraits de casiers judiciaires (B3) figurent également dans certains dossiers mais pas dans tous.</p> <p>La Mission constate que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les visites des instances de médecine du travail ne sont pas reversées au dossier, - Les dossiers des personnels ne contiennent pas la fiche de poste du salarié,

N°GAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<ul style="list-style-type: none"> - Les diplômes ne sont pas vérifiés, - Les entretiens d'évaluation ne figurent pas aux dossiers, - Les attestations de formation ne figurent pas aux dossiers. <p>La mission constate que les personnels ne bénéficient pas d'un entretien professionnel, ce qui contrevient à l'article L. 6315-1 du Code du travail.</p> <p>Remarque 12 : Les casiers judiciaires sont conservés dans les dossiers au-delà de 3 mois, ce qui contrevient à l'avis de la CNIL.</p> <p>Remarque 13 : L'absence d'évaluation annuelle des professionnels ne facilite pas la mise en place d'un accompagnement par l'encadrement et la reconnaissance et valorisation des compétences de chaque professionnel.</p> <p>Remarque 14 : Tous Les personnels ne bénéficient pas d'un entretien professionnel.</p>
2.1	2.1.5	Gestion des ressources humaines	<u>Les prestataires externes</u>	<p>Plusieurs professionnels externes interviennent dans l'établissement : ● médecins généralistes interviennent auprès des résidents ● gériatre, ● neurologue, ● psychiatre, ● kinésithérapeutes et ● orthophonistes, tous ayant leurs cabinets à Paris ●^{me}.</p> <p>Toutefois, leurs diplômes n'ont pas été présentés.</p> <p>Écart 29 : L'établissement ne s'est pas assuré de vérifier les qualifications des prestataires externes, ce qui contrevient à l'article L312-1 II 4° alinéa CASF.</p> <p>L'établissement a signé une convention avec ● kinésithérapeutes libéraux.</p> <p>Écart 30 : L'établissement n'a pas signé de conventions avec l'ensemble des professionnels libéraux intervenants dans l'établissement, ce qui contrevient à l'article R313-30-1 et R313-30-1 du CASF (contrat entre prof libéral et EHPAD).</p>
2.1	2.1.6	Gestion des ressources humaines	<u>Le plan de formation des professionnels</u>	<p>Il est indiqué que le plan de formation 2024 n'a pas été élaboré. Le personnel de soin est en attente des formations annoncées par la direction en 2024.</p>

N°BAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Il existe des mini- formations internes qui portent sur les thèmes suivants :</p> <p>Mini formations dispensées par l'IDEC (avec équipe A et équipe B) Dénutrition, distribution de médicaments, hygiène. Il s'agit de la reprise des protocoles Isatis. L'objectif est de faire les formations une fois par semaine avec l'équipe de jour et une fois par mois avec l'équipe de nuit. Il a été indiqué à la mission que depuis début 2024, ces formations ne sont plus régulières.</p> <p>Mini formations dispensées par le psychologue du siège social Isatis (également référent éthique) 4 sessions en 2024 ont eu lieu de février à avril 2024, pour une quinzaine de personnes. La formation est ouverte à tout le personnel et la mission a été destinataire du programme. Il n'existe pas de support de formation ni d'attestation délivrée.</p> <p>Mini formations dispensées par la directrice : La formation en services en soins infirmiers (SSI) est dispensée par la directrice en attendant la mise en place de formations en 2024. La mission n'a pas eu connaissance des dates et du contenu de la formation. Les intérimaires ne bénéficient pas des formations.</p> <div> <p>Écart 31 : L'EHPAD ne respecte pas les préconisations nationales de bonnes pratiques relatives à la mise en œuvre d'un plan de formation à destination de ses salariés pour une bonne prise en charge adaptée des usagers, ce qui contrevient à l'article D.311-38-3 du CASF.</p> </div> <div> <p>Remarque 15 : Il n'existe pas de support de formation, ni d'attestation de formation bientraitance.</p> </div>

N°GAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.1	2.1.7	Gestion des ressources humaines	<u>L'aide à la mobilité/mutation des agents</u>	<p>Certains agents ont exprimé le souhait de suivre un cursus supérieur pour évoluer professionnellement.</p> <p>L'établissement n'a pas présenté à ses agents un plan de formation allant dans ces sens.</p>
2.1	2.1.8	Gestion des ressources humaines	<u>Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels</u>	<p>Il existe un protocole d'accueil du nouveau salarié (MAJ février 2024). Il s'agit d'une trame du siège ISATIS qui, bien que mise au nom de l'EHPAD Villa Danielle Torelli, ne fait aucune mention dans son contenu d'un accueil spécifique à cet EHPAD.</p> <p>Remarque 16 : Il n'existe pas de protocole d'accueil du salarié spécifique aux particularités de l'EHPAD Torelli.</p>
2.1	2.1.9	Gestion des ressources humaines	<u>Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission) et questionnement éthique</u>	<p>La direction fait des points réguliers, mais informels, avec l'adjointe de direction et avec l'IDEC, ainsi que d'autres personnel quand le besoin s'en fait sentir.</p> <p>Le Codir se tient une fois par semaine avec la directrice, l'adjointe de direction, l'IDEC et la psychologue. Les sujets abordés sont divers : point sur les admissions, parc des chambres, disponibilité des chambres.</p> <p>Les personnels entendus ont fait part dans leur ensemble de la nécessité d'organiser des réunions d'équipe formalisées avec un ordre du jour. La Mission d'Inspection s'interroge sur l'absence de ce type de réunion en matière de management et de ses répercussions sur l'organisation de l'établissement, la cohésion d'équipe, la cohérence des pratiques professionnelles et la bonne prise en charge des résidents.</p> <p>La Mission n'a pu consulter les comptes-rendus des entretiens individuels, qui ne figuraient pas aux dossiers des personnels. Plusieurs agents ont indiqué ne pas en avoir bénéficié depuis plusieurs années. Cf supra</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Écart 32 : Il n'existe pas de temps d'échange organisés avec l'ensemble des professionnels, ce qui interroge sur la cohérence des pratiques professionnelles et leur impact sur la bonne prise en charge des résidents conformément à l'article 311-3 du CASF.</p>
2.1	2.1.10	Gestion des ressources humaines	Les plannings des professionnels : confection	<p>Les plannings sont réalisés par la directrice, l'adjointe de direction et l'IDEC pour les soignants via une application.</p> <p>Les plannings du personnel soignants indiquent pour très grande majorité des postes de remplacements ou de CDD, principalement pour les AS et les IDE.</p> <p>Les plannings de mars, avril et mai 2024 pour l'ensemble des personnels ont été fournis, sauf le planning de soins de nuit de mars 2024.</p> <p>Les plannings ne comportent pas le métier, le temps de travail et le type de contrat, ce qui a nécessité le croisement des noms avec le registre du personnel pour déterminer la composition journalière de l'équipe soignante.</p> <p><u>Le personnel de soin</u> travaille par étage et change d'étage tous les 3 mois.</p> <p>Le rythme de travail du personnel de soin est : 2 jours travaillés, 2 jours de repos et 1 week-end sur 2, sur les horaires 8H30-20H30 et 7H30-19H30.</p> <p><u>Bâtiment B qui comporte 3 étages et 53 résidents :</u></p> <p>Il est noté la présence quotidienne de 4 à 6 AS et 1 à 3 agents d'accompagnement (dont 1 volante).</p> <p>L'analyse de la composition de l'équipe soignante fait apparaître que celle-ci est composée en journée au bâtiment B majoritairement d'AS : de 3 à 5 par jour, complétée par 1 à 2 agents d'accompagnement/AMP.</p>

N°IGAS	N°LISNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p><u>Bâtiment C qui comporte 2 étages d'habitation et 17 résidents : 2 soignants par jour (1 AS et 1 AMP).</u></p> <p>En journée, il y a en moyenne 7 soignants et une volante sur le bâtiment B, et 2 soignants pour le bâtiment C, soit une moyenne de 6 à 7 résidents par soignant.</p>
2.1	2.1.11	Gestion des ressources humaines	<u>Les plannings des professionnels : organisation</u>	<p>IDE :</p> <p>L'étude des planning transmis de mars, avril et mai 2024 fait apparaître un vivier de 14 IDE (2 en CDD et les autres en intérim). 2 IDE sont présentes chaque jour :</p> <p>ID1 de 7H à 9h et ID2 de 8H à 20H.</p> <p>D'après les informations recueillies, l'IDE qui travaille de 7H-19H est présente dans le bâtiment C et au 3eme étage du bâtiment B et a en charge 35 résidents</p> <p>L'IDE 8h- 20h s'occupe du 2eme et 3ème étage du bâtiment B et a la charge de 45 résidents.</p> <p>Soignants de nuit :</p> <p>Il n'y a pas d'IDE de nuit dans l'établissement, mais une IDE du SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) passe en début de soirée, puis en cas de besoin.</p> <p>Le nombre de personnel présent la nuit est correct : l'équipe est composée de 4 agents par nuit : 3 AS en CDI et 1 agent d'accompagnement.</p> <p>L'affectation par bâtiment n'est pas indiquée dans les plannings pour les personnels de nuit.</p> <p>Des remplaçantes en CDD interviennent en cas de besoin.</p> <p>Le nombre de personnel présent la nuit est correct : l'équipe est composée de 4 agents par nuit : 3 AS en CDI et 1 agent d'accompagnement.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				L'affectation par bâtiment n'est pas indiquée dans les plannings pour les personnels de nuit. Des remplaçantes en CDD interviennent en cas de besoin.
2.1	2.1.12	Gestion des ressources humaines	<u>Les expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end</u>	L'équipe de nuit est composée majoritairement de personnel diplômés (AS).
2.1	2.1.13	Gestion des ressources humaines	<u>Les fiches de poste des professionnels</u>	<p>Les fiches de poste de directeur d'établissement, infirmier cadre, médecin coordinateur, adjoint de direction, agent d'accompagnement, auxiliaire socio-éducatif, aide médico-psychologique, aide-soignant, aide-soignant de nuit, IDE ont été transmises à la mission. Ces fiches sont des standards rédigés par la structure ISATIS et ne sont pas individualisées pour l'EHPAD Villa Torelli. Elles ne sont pas non plus nominatives.</p> <p>Elles sont connues des salariés qui ont indiqué lors des entretiens en avoir une.</p> <p>Les cadres d'astreintes sont la directrice, et l'IDEC.</p>
2.1	2.1.14	Gestion des ressources humaines	<u>Les glissements de tâches</u>	<p>En l'absence de médecin coordinateur, le médecin du siège donne un avis concernant les dossiers d'admission. L'IDEC participe à la procédure de préadmission. Elle assure une grande partie des missions administratives du médecin coordinateur.</p> <p>L'absence de médecin coordinateur ne permet pas d'écarter le risque de glissement de tâches vers l'IDEC, au détriment de ses tâches d'encadrement et de formations de l'équipe soignante. Cf mini formations.</p> <p>L'établissement a fourni une fiche intitulée « organisation type du personnel par secteur », qui séquence la journée par activités et comporte les métiers des professionnels qui les exécutent.</p> <p>On constate que la seule spécificité des AVS/AMP est d'être positionnées le matin sur les tâches de nursing/installation et aide au petit déjeuner le matin. Les AS n'effectuent pas cette tâche.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Cette répartition de tâches conduit la Mission s'interroger sur les fiches de poste des AS et AVS/AMP et l'affectation de leurs tâches.</p> <p>Pour le reste de la journée, les tâches sont effectuées par les AVS/AMP et par les AS : soins nursing, déjeuner nursing/animation/rencontre famille, goûter, dîner.</p> <p>L'appellation « soins nursing » ne détaille pas les tâches des AVS/AMP de celles des AS.</p> <p>On constate également que certains postes de travail sont constitués par une AS ou une AMP, ce qui interroge sur le glissement de tâches.</p> <p>L'établissement a transmis une fiche métier d'agent d'accompagnement éducatif et social, qui spécifie que, outre les tâches de ménage, de service et de linge, l'accompagnant aide à la toilette, à l'habillage, à la mobilisation aux déplacements, à l'élimination, à l'alimentation. Il est en relation constante avec l'AS ou l'AMP, personnel diplômé.</p> <p>L'établissement a également transmis une fiche de tâche horaires pour l'équipe soignante : AS, AES/AMP, AVS.</p> <p>La fiche-fait apparaître 2 plages horaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7H30 19H - 8H30 19H <p>Selon cette fiche de tâche horaire, les professionnels exercent indifféremment, les missions suivantes :</p> <p>Repas (petit-déjeuner, déjeuner, dîner),</p> <p>Soins/nursing,</p> <p>Accompagnement,</p> <p>Animation/rencontre familles.</p> <p>30 mn de transmission sont indiquées à la prise de poste et en fin de service.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Les actes de soins qui peuvent être effectués par les soignants n'apparaissent pas clairement dans la fiche des tâches et ne sont pas différenciés des autres.</p> <p>Tout le personnel de l'équipe de soins bénéficie de 30 mn de pause le matin et l'après midi et de 1H30 pour déjeuner, en décalé.</p> <p>-</p> <p>Les infirmiers apparaissent sur cette fiche sur les plages horaires – 8H-20H 7H-19H.</p> <p>Leurs missions ne sont pas détaillées. Seuls figurent les 30 mn de transmission en début et fin de service, et la pause de 1h30 du déjeuner, en décalé.</p> <p>Ces fiches heurées n'ont pas été validées par la direction et ne sont pas, à date du contrôle, distribuées au personnel.</p> <div> <p>Écart 33 : La fiche de tâches heurées est commune aux aides-soignants (AS), accompagnants éducatifs et sociaux (AES), AMP et AVS. La mission ne peut s'assurer qu'il n'existe pas de glissements de tâches entre ces professionnels ce qui contrevient aux articles L.311-3 1° & D.312-155-0 II du CASF.</p> </div> <div> <p>Écart 34 : L'organisation des tâches de l'équipe soignante n'est pas clarifiée, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.</p> </div>
2.1	2.1.15	Gestion des ressources humaines	<u>La gestion des absences prévues et imprévues</u>	<p>La direction a expliqué à la Mission que les plannings comprennent les remplaçants. Pour les remplacements de semaine, c'est la contre équipe qui intervient dans la limite de la réglementation temps de travail.</p> <p>Toutes les fins de semaines, les volontaires, qu'ils soient en CDI ou CDD peuvent s'inscrire pour effectuer des remplacements via une application.</p> <p>La direction indique que l'établissement dispose d'un vivier de contractuels qui connaissant bien l'établissement.</p> <p>Il est fait appel également à des intérimaires aides- soignants.</p>

N°IGAB	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Il été indiqué à la mission que la direction a décidé de l'arrêt du recours à l'intérim au profit des contractuels pour les infirmiers.</p> <p>Plusieurs personnels, hors soignants, ont évoqué un volume d'heures de travail important, sans possibilité de compensation financière.</p> <p>De même, la difficulté à prendre des congés a été évoqué à plusieurs reprises lors des entretiens, ce qui est susceptible d'entraîner un risque d'épuisement professionnel.</p> <p>L'absence d'outils fiables mesurant les heures réalisées par les salariés n'a pas permis à la mission de vérifier l'exactitude des heures de travail effectuées par les salariés y compris les heures supplémentaires</p> <p>Remarque 17 : L'absence d'outils fiables mesurant les heures réalisées par les salariés a des conséquences négatives sur les rémunérations des salariés y compris le règlement des heures supplémentaires. Les entretiens révèlent un nombre d'heures supplémentaires important sans compensation et la difficulté à prendre des congés.</p>

2.2. Gestion d'information

N°IGAB	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.3	2.3.1	Gestion d'information	<u>Les données statistiques de la structure</u>	<p>Les RAMA 2022 et RAMA 2023 ont été remis à la mission d'inspection.</p> <p>Le RAMA 2022 a été rédigé par le médecin référent de l'association.</p> <p>Le rédacteur du RAMA 2023 n'est pas mentionné sur le document remis à la Mission d'inspection.</p>

N°DAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.3	2.3.2	Gestion d'information	<u>Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA)</u>	<p>Le rédacteur du RAMA 2023 n'est pas mentionné sur le document remis à la Mission d'inspection. En l'absence du médecin coordonnateur.</p> <p>Le RAMA 2023 renseigne sur les caractéristiques de la population accueillie avec notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le nombre d'entrées en première admission (répartition homme/femme) ; - L'origine des entrées ; - Les modalités d'admission ; - La permanence des soins et la coordination avec les professionnels ; - Le GIR des résidents ; - Le motif d'entrée, de sortie, les hospitalisations ; <p>Le RAMA mentionne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les modalités de prise en charge médicale nocturne avec le passage systématique d'une IDE d'un SSIAD partenaire ; - Le nombre de résidents ayant chuté (avec et sans passage aux urgences) ; - Le nombre de prescription de contention ; le nombre de résidents sous antalgiques ; - Le nombre de résidents avec escarres. <p>Le RAMA 2023 ne fait pas apparaître d'analyse des données de morbidité et mortalité. Il n'évoque ni les événements indésirables, ni les complications liées aux soins.</p> <p>L'absence de médecin coordonnateur, depuis plus d'un an, ne permet pas la mise en place d'une commission de coordination gériatrique et ne permet ni d'évaluer ni de suivre le projet général de soin.</p> <div data-bbox="929 1193 2072 1262"> <p>Écart 35 : Le RAMA n'est pas rédigé par le médecin coordonnateur, ce qui contrevient aux dispositions des articles D. 312-158 (10°), D. 312-155-3 al 9°, D. 312-158 (4°) et D.312-158 du CASF.</p> </div>


N°GAE	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.3	2.3.3	Gestion d'information	<u>Le registre des entrées et sorties des résidents</u>	L'établissement dispose d'un registre des entrées et des sorties.
2.3	2.3.4	Gestion d'information	<u>Les dossiers administratifs des résidents</u>	<p>L'échantillon d'une dizaine de dossiers consulté par la mission a montré que les dossiers des résidents ne sont pas tenus conformément à la réglementation. La mission a ainsi relevé :</p> <ul style="list-style-type: none"> -9 Contrats de séjour sur 10 dossiers -6 cartes vitales et 4 cartes de mutuelle sur 10 -5 pièces d'identité sur 10 -5 états de lieux sur 10 <p>Il n'a pas été trouvé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - annexes (liberté d'aller et venir, contentions, ...) - CR des réunions de synthèse, - projet d'accompagnement individualisé (PAI) - consentement, - personnes de confiance, - directives anticipées, - droit à l'image, CNIL <p>Écart 36 : La tenue des dossiers administratifs des résidents n'est pas conforme aux articles L311-3&4 et L311-5-1 CASF et L. 1111-6 CSP ainsi que la circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil.</p>
2.3	2.3.5	Gestion d'information	<u>Le support et le contenu des dossiers médicaux des résidents</u>	<p>Les dossiers médicaux sont intégralement informatisés, dans le logiciel de soins. Ils sont complétés par le médecin référent, les médecins traitants, et les soignants en fonction de leurs accès.</p> <p>Il existe également des documents médicaux dans des dossiers papiers.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				Le parc informatique nous a été décrit comme vieillissant. Des difficultés d'accès internet ont été évoquées.
2.3	2.3.6	Gestion d'information	<u>Le stockage et la sécurisation des dossiers médicaux des résidents</u>	<p>Les accès sont gérés par le groupe ISATIS, chaque profil métier a un accès différent.</p> <p>La directrice à tous les accès, y compris les dossiers médicaux.</p> <p>Les dossiers médicaux papier des résidents sont rangés dans une armoire qui ne ferme pas à clé.</p> <p>Écart 37 : L'accès par un personnel non soignant au dossier médical contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3, 4° du CASF et L.1110-4 du CSP.</p> <p>Écart 38 : Les dossiers de soins des résidents ne sont pas stockés dans des conditions permettant d'assurer leur confidentialité ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3, 4°CASF.</p>

2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements


N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.4	2.4.1	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<u>L'état général du bâtiment</u>	<p>L'établissement appartient à un ensemble immobilier du « village Saint Michel ». Les locaux sont neufs et globalement accueillants.</p> <p>La configuration de l'établissement (deux bâtiments) ne favorise pas la proximité entre les résidents. Du point architectural, les deux bâtiments ne sont pas dans la même enceinte. Il s'agit de 2 bâtiments complètement autonomes dont les interactions entre les agents ou entre les résidents nécessitent un accompagnement extérieur pour un rejoindre l'un ou l'autre des bâtiments.</p> <p>Cette configuration n'est pas propice aux contacts entre les résidents.</p> <p>Au bâtiment B se trouve : au rez-de-chaussée sont concentrés le bureau de la direction, ainsi que celui de l'adjointe de direction et de l'infirmière coordonnatrice.</p> <p>Les chambres sont bien entretenues et les conditions d'hébergement répondent aux besoins des résidents.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				Il est à noter qu'il nous a été fait part d'une fuite d'eau et de problèmes de connexion internet le jour de l'inspection.
2.4	2.4.2	Bâtiments, espaces extérieurs et équipement	<u>Le suivi des réparations</u>	<p>Les réparations et petits travaux quotidiens sont réalisés par le responsable travaux de l'établissement.</p> <p>Un cahier centralisant les demandes de réparation et petits travaux est à disposition des professionnels à l'accueil du bâtiment B.</p> <p>Des difficultés concernant le remplacement du salarié en charge des réparations et petits travaux ont été remontées à l'équipe d'inspection.</p>
2.4	2.4.3	Bâtiments, espaces extérieurs et équipement	<u>Système el/ou salle de rafraîchissement</u>	<p>Les salles à manger sont climatisées (excepté au 3ème étage du bâtiment B).</p> <p>La salle de kinésithérapie est climatisée.</p> <p>Des ventilateurs stockés en sous-sol, sont prévus pour les chambres des résidents.</p>
2.4	2.4.4	Bâtiments, espaces extérieurs et équipement	<u>L'accessibilité PMR des locaux</u>	<p>Chaque bâtiment de l'établissement dispose d'au moins un ascenseur qui dessert les différents niveaux.</p> <p>Les couloirs sont larges et munis de mains courantes. Les sanitaires publics sont également équipés de barres d'appui.</p> <p>Photo 6 : Barres d'appui dans les couloirs</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				
2.4	2.4.5	Bâtiments, espaces extérieurs et équipement	<u>Les équipements facilitant le déplacement</u>	<p>Les résidents rencontrés se déplacent en fauteuil roulant ou à l'aide d'un déambulateur. Ils ont accès aux différents niveaux du bâtiment de résidence par les ascenseurs.</p> <p>L'établissement dispose d'un jardin suspendu situé entre les deux bâtiments.</p>
2.4	2.4.6	Bâtiments, espaces extérieurs et équipement	<u>Équipement de prévention de la maltraitance</u>	<p>Les équipements de travail prennent en compte la prévention de la maltraitance.</p> <p>Des verticalisateurs et des chaises pése-personne sont à disposition du personnel pour faciliter les transferts et la pesée des personnes en perte d'autonomie.</p>

2.4. Sécurités

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
2.5	2.5.1	Sécurités	<u>Les déchets ménagers (DAOM)</u> <u>Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)</u>	<p>Il n'a pas été présenté à la mission une convention concernant l'élimination des déchets DASRI. Aucun protocole n'a été présenté pour la gestion des DASRI qui sont exposé dans les couloirs, à portée des résidents.</p> <p>Remarque 18 : Les déchets sont stockés dans le sous-sol du bâtiment.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Remarque 19 : Les DASRI ne sont pas sécurisés dans des espaces où circulent des résidents avec des troubles cognitifs.</p> <p>Photo 7 : DASRI non sécurisé</p>  <p>Écart 39 : L'établissement n'a pas présenté de convention pour la gestion des DASRI, ce qui contrevient à l'article R1335-3 CSP.</p>
2.5	2.5.2	Sécurités	<u>Les vaccinations des résidents et des professionnels</u>	<p>Le suivi des vaccinations est réalisé dans le dossier médical informatisé.</p> <p>Il existe un suivi spécifique des campagnes grippe et covid.</p> <p>83% des résidents ont été vaccinés contre la grippe en 2023.</p>
2.5	2.5.3	Sécurités	<u>L'aide à la prévention des chutes</u>	<p>Des mains courantes sont installées sur les murs du bâtiment B. Il n'a pas été observé la présence de sièges fixes régulièrement disposés.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Dans l'unité de vie protégée, l'entrée et la sortie sont sécurisées par un badge professionnel. Les locaux ne sont pas suffisamment sécurisés pour le public accueilli dans cette unité : mobilier facile à mobiliser, extincteurs accessibles, fontaine à eau non fixée.</p> <p>Écart 40 : L'aménagement de l'UVP ne permet pas d'assurer la sécurité du public accueilli, ce qui contrevient à l'article L311-3 1° CASF.</p>
2.5	2.5.4	Sécurités	<u>La prévention des fugues</u>	<p>L'accès au bâtiment B se fait par un sas d'entrée fermé par des portes vitrées et un digicode.</p> <p>La fenêtre du bureau de l'agent d'accueil donne sur l'entrée du bâtiment B, ce qui permet à ce dernier de déclencher l'ouverture à distance après contrôle visuel.</p>
2.5	2.5.5	Sécurités	<u>Le système d'appels malades</u>	<p>Les chambres et les cabinets de toilettes des lieux communs du bâtiment B sont dotés de système d'appel malade.</p> <p>Lorsque l'appel malade est actionné, un voyant s'allume à l'extérieur de la chambre, un signal sonore retentit et un afficheur de couloir indique le numéro de la chambre.</p>

3. Prises en charge

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

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
--------	---------	------------	--------------------	------------------------------

3.1	3.1.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p><u>Admission et entrée dans l'EHPAD</u></p> <p>Les demandes d'admission proviennent essentiellement des familles, des habitants du 15ème arrondissement ou de l'hôpital Henri Dunant.</p> <p>Il a été indiqué à la mission que les CERFA sont réceptionnés par la directrice et transmis à l'IDEC par mail. Une commission d'admission est organisée tous les deux à trois semaines, en présence du médecin référent du siège, de l'IDEC et de la directrice pour échanger tous sur les dossiers reçus. En dehors de ces temps, les échanges se font principalement par mail.</p> <p>Plusieurs fiches outils rédigées par le siège ISATIS, qui ont fait l'objet d'une dernière modification en avril 2023 et décrivant la procédure administrative d'admission ont été transmises à la mission :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La gestion administrative des dossiers d'admission. Celle-ci détaille le processus de la demande du dossier d'admission à l'entrée en EHPAD. La fiche ne précise pas le mode opératoire en cas d'absence du MEDCO au sein de l'établissement : - Une réponse à une demande de dossier d'inscription, - Une fiche de suivi des demandes d'admission, - Un modèle de courrier de rendez-vous pour une visite, - Un modèle de courrier de refus, sur base du dossier de demande ou suite à la visite de préadmission, - Une demande de complément de dossier d'admission, - Un suivi du premier mois, - Une déclaration pour la gestion des médicaments. <p>Toutes ces fiches outils ne sont pas spécifiques à l'établissement et n'ont pas été validées par la directrice, le médecin coordinateur, ni par l'IDEC. L'utilisation de ces procédures n'a pas été illustrée lors des entretiens.</p> <p>La procédure d'admission est également détaillée dans le règlement de fonctionnement. Celle-ci précise que le médecin coordonnateur émet un avis sur la capacité de l'EHPAD à prendre en charge la personne et sur la décision d'admission.</p> <p>La procédure ne mentionne pas l'état des lieux contradictoire d'entrée, ni la liste des documents à délivrer obligatoirement à tout résident (livret d'accueil, règlement de fonctionnement).</p> <p>La visite de l'établissement et une visite de préadmission sont organisées en présence de la directrice et de l'IDEC. L'adjointe de direction assure le suivi du dossier administratif.</p>
-----	-------	--	---

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Il n'apparaît pas, dans la pièce analysée, de procédure particulière relative à l'accueil temporaire. Il a été indiqué par la Mission que les refus sont rares et sont en lien avec des critères ne permettant pas une prise en charge dans l'établissement, notamment les troubles psychiatriques majeurs.</p> <p>Remarque 20 : La procédure d'admission ne fait pas mention de documents à délivrer obligatoirement à tout résident (livret d'accueil, règlement de fonctionnement).</p> <p>Remarque 21 : Il n'existe pas de procédure spécifique pour l'hébergement temporaire.</p> <p>Remarque 22 : Le règlement de fonctionnement ne mentionne pas les motifs de refus d'admission ou de fin de prise en charge.</p>
3.1	3.1.2	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>L'admission dans l'EHPAD</u>	<p>L'avis du médecin référent est pris de façon systématique, et respecté en cas de refus. Le médecin référent fait les visites de préadmission.</p> <p>Le bilan à l'entrée est réalisé par le médecin traitant ou par le médecin référent.</p> <p>Une évaluation est réalisée à l'entrée pour chaque résident, mais elle n'est pas systématiquement complète, avec l'utilisation d'échelles d'évaluation validées.</p> <p>Écart 41 : Les étapes et le contenu de l'évaluation gériatrique à l'admission des résidents ne sont pas conformes aux dispositions de l'article D.312-158 6° du CASF.</p>

N°GAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1	3.1.3	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>L'élaboration et le suivi des projets individuels d'accompagnement (PIA)</u> <u>Les réunions de synthèse</u>	<p>Les projets d'accompagnement personnalisés (PAI) sont élaborés et suivis par la psychologue. Les éléments recueillis en entretien reflètent l'absence de participations d'autres membres du personnel.</p> <p>Un calendrier de mise à jour et de réévaluation des PAI a été transmis. Les évaluations démarrent le 3 juin 2024 et prennent fin le 26 juillet 2024. Cette programmation concerne 71 résidents sur une capacité autorisée de 80 résidents. Les entretiens indiquent que la majeure partie des PAI ne sont pas à jour.</p> <p>D'après les entretiens, une réévaluation des PAI sera prévue une fois par an sur le secteur classique et deux fois par an pour l'unité arc en ciel et en unité de vie protégée</p> <p>Le projet d'établissement prévoit que le PAI est établi avec le référent du résident, l'équipe soignante en collaboration avec le résident et rédigé sous la responsabilité du psychologue. Il n'existe pas de système de soignant référent par résident.</p> <p>Les résidents sont contributeurs du PAI.</p> <p>Écart 42 : L'ensemble des PAI ne sont pas formalisés, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.</p>
3.1	3.1.4	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>Analyse des pratiques, échanges de bonnes pratiques dans le cadre de l'amélioration des prises en charge des résidents</u>	<p>D'après les entretiens avec les membres de l'équipe, il existe plusieurs types de réunions.</p> <p>Un CODIR est organisé toutes les semaines entre la psychologue, l'infirmière coordonnatrice, l'adjointe de direction et la directrice. Les réunions font l'objet de compte-rendu.</p> <p>L'infirmière coordonnatrice organise des échanges mensuels avec l'équipe soignante sur des problématiques ne relevant pas de l'accompagnement des résidents. Ces points ne sont pas systématiquement formalisés.</p> <p>Une réunion mensuelle est également organisée entre l'infirmière coordonnatrice, la directrice et l'équipe soignante sur des sujets généraux qui ne font pas l'objet d'écrits. D'autres temps d'échanges ont lieu entre l'infirmière coordinatrice, le médecin référent et l'infirmière coordinatrice et la directrice.</p> <p>Le psychologue référent éthique-bientraitance du siège intervient toutes les semaines auprès des équipes pour la mise en place de séances d'analyses des pratiques et en soutien de salariés en difficultés.</p> <p>Remarque 23 : Toutes les réunions ne font pas l'objet de formalisation écrite, ce qui nuit à une bonne traçabilité des informations sur la prise en compte des besoins des résidents.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.1	3.1.5	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>Les médecins traitants</u>	Quatre médecins traitants interviennent dans l'établissement. L'un d'entre eux, médecin traitant de 15 résidents, se déplace sur site toutes les semaines.
3.1	3.1.6	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>La complétude des dossiers médicaux</u>	<p>Pas de dossiers médicaux transmis.</p> <p>Écart 43 : L'établissement n'a pas transmis de dossiers médicaux et n'a permis à la mission d'inspection de vérifier la régularité et la complétude des dossiers conformément aux articles L311-3 5° du CASF, R4311-1 du CSP, R4321-91 du CSP et R4311-2 du CSP.</p>
3.1	3.1.7	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<u>Les transmissions inter équipes</u>	<p>Toutes les personnes interrogées par la Mission mentionnent l'existence de réunions régulières permettant des échanges autour des situations rencontrées.</p> <p>Les transmissions organisées par l'IDEC, ont lieu du lundi au vendredi à 11h30 d'une durée de 15 min en présence des IDE, un soignant par étage et d'un kinésithérapeute. Elles sont basées sur les dossiers patients.</p> <p>Il a été rapporté que l'organisation horaire permettait des croisements d'équipe de jour et de nuit durant 15 minutes pour réaliser des transmissions. L'IDEC vient tous les mardis entre 6h30 et 7h pour rencontrer l'équipe de nuit.</p>

3.2. Respect des droits des personnes

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.2	3.2.1	Respect des droits des personnes	<u>La place des familles</u>	Un salon, situé dans le bâtiment B, est dédié à l'accueil des familles et des résidents.
3.2	3.2.2	Respect des droits des personnes	<u>La charte des Droits et Libertés des personnes accueillies</u>	La charte des Droits et Libertés de la personne accueillie figure dans le livret d'accueil. Elle est également affichée dans les locaux.

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.2	3.2.3	Respect des droits des personnes	<u>Les personnes qualifiées départementales</u>	<p>L'arrêté relatif à la désignation des personnes qualifiées datant du 14 mai 2022 est affichée dans les locaux.</p> <p>Remarque 24 : La mention du recours à la personne qualifiée n'apparaît pas dans le livret d'accueil, ni dans le règlement de fonctionnement.</p>
3.2	3.2.4	Respect des droits des personnes	<u>La personne de confiance des résidents</u>	<p>La possibilité de désigner une personne de confiance apparaît dans l'article 7 du contrat de séjour. Elle n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil, ni dans le règlement de fonctionnement.</p> <p>Le livret d'accueil ne contient aucune information ni sur la personne de confiance ni sur les personnes qualifiées et leurs modalités de saisine.</p> <p>Remarque 25 : Le livret d'accueil ne contient aucune information ni sur la personne de confiance ni sur les personnes qualifiées et leurs modalités de saisine.</p>
3.2	3.2.5	Respect des droits des personnes	<u>Les directives anticipées</u>	<p>L'article 8 du contrat de séjour précise que le résident a la possibilité de rédiger des directives anticipées, un modèle est tenu à sa disposition par l'établissement.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.2	3.2.6	Respect des droits des personnes	<u>Les contentions</u>	Le RAMA 2023 recense 11 contentions. Il a été indiqué à la mission que les contentions sont prescrites par le médecin référent ou le médecin traitant et qu'une réévaluation a lieu tous les mois.
3.2	3.2.7	Respect des droits des personnes	<u>L'identification des résidents (identitovigilance)</u>	<p>Dans le bâtiment C (arc en ciel), la photographie de certains résidents est affichée sur la porte des chambres.</p> <p>Il n'est pas porté à la connaissance de la Mission d'autres moyens d'identification des résidents de l'ensemble des résidents.</p> <p>Écart 44 : Les mesures d'identitovigilance ne concernent pas l'ensemble des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 1° CASF</p>
3.2	3.2.8	Respect des droits des personnes	<u>Les mesures de protection juridiques en cas d'incapacité de gestion et protection des biens*</u> <u>Les mesures de protection des biens</u>	<p>Le RAMA 2023 indique que 18 résidents bénéficient d'une protection juridique.</p> <p>Le livret d'accueil précise l'existence d'un coffre-fort pour le dépôt d'objet de valeur ou bijoux. La demande est à formuler après de l'assistante de direction.</p> <p>L'article 7 du contrat de séjour stipule que "l'établissement est responsable de plein droit dans les conditions précisées par le règlement de fonctionnement en cas de perte, vol, détérioration d'objets personnels ayant donné lieu à un contrat de dépôt. Le règlement de fonctionnement précise les dispositions applicables ». La notion de dépôt reste imprécise, en l'absence de la nomination du coffre-fort.</p> <p>Le règlement de fonctionnement, quant à lui, conseille de déposer les objets de valeur et l'argent personnel auprès de la direction, mais ne mentionne pas l'existence de coffre-fort.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Remarque 26 : Le règlement de fonctionnement ne contient pas les informations relatives au coffre-fort et aux modalités de dépôt.</p>

3.3. Vie sociale et relationnelle



N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.3	3.3.1	Vie sociale et relationnelle	<p><u>L'animation</u></p>	<p>L'animatrice est présente du lundi au vendredi de 10h à 18h. L'animatrice a développé des partenariats avec l'extérieur afin de favoriser le lien social et l'implication citoyenne des résidents (écoles, crèches, étudiants en Science Politique Paris et des beaux-arts, groupe de la paroisse).</p> <p>Exemple de programme des activités du 03 au 07 juin 2024 : Gym douce, messe, café-débats (Revue de presse, lien social, jeux), jeux de société, atelier artistique (Dessin, peinture, collage), atelier chant.</p> <p>Les animations et activités organisées, les outils d'organisation mis en place permettent en partie de répondre de façon cohérente aux besoins et attentes des résidents accueillis.</p> <p>L'établissement ne disposant pas d'un projet d'établissement, il ne dispose pas d'un projet d'animation. La direction indique avoir lancé un questionnaire auprès des résidents en vue de rédiger un projet qui se fonde sur un enrichissement culturel et favoriser les échanges, la socialisation à travers la pratique collective d'activités récréatives, artistiques, culturelles et sociales.</p> <p>Remarque 27 : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'animation qui a obtenu la validation de la direction.</p>


3.4. Vie quotidienne. Hébergement :

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4	3.4.1	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Les chambres</u>	Les chambres sont personnalisées avec des meubles et effets personnels.
3.4	3.4.2	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Les enquête de satisfaction</u>	Un planning des enquêtes de satisfaction est programmé : -Résidents Jeudi 14 novembre 2024 -Familles Jeudi 28 novembre 2024
3.4	3.4.3	Vie quotidienne - Hébergement	<u>L'alimentation :</u> <u>Les régimes, textures</u> <u>La gestion des fausses routes</u> <u>La prévention de la dénutrition</u>	Les régimes et textures sont recensés dans le dossier médical, et affichés en salle de restauration. La liste affichée est mise à jour récemment. Les compléments nutritionnels oraux (CNO) sont prescrits par un médecin. Les troubles de déglutition en EHPAD sont une des thématiques de formation (dispensée par un organisme extérieur). Une pesée mensuelle est organisée pour chaque résident, selon un planning dédié avec une alerte systématique en fonction des variations de poids dans le logiciel. L'albuminémie annuelle est systématique. Il existe une liste actualisée de résidents dénutris, sous la forme d'une extraction régulière du logiciel de soins.
3.4	3.4.4	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Les mets de substitution</u>	

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4	3.4.5	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Les repas</u>	<p>Le petit déjeuner est servi entre 8h et 9h, le déjeuner vers midi, le goûter à 16h et le repas du soir à 18h</p> <p>Des collations de nuit sont accessibles aux soignants, elles ne sont pas systématiquement proposées.</p> <div> <p>Remarque 28 : Le jeûne nocturne est supérieur à 12h en l'absence de collation, ce qui est contraire aux recommandations en vigueur.</p> </div>

N°GAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.4	3.4.6	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Le suivi de l'état nutritionnel</u>	
3.4	3.4.7	Vie quotidienne - Hébergement	<u>L'aide aux repas, troubles de la déglutition</u>	<p>Il n'a pas été présenté à la Mission de procédure sur l'aide au repas et ni celle prenant en compte les besoins particuliers du résident (repas en chambre, sur demande...).</p> <p>Écart 45 : L'établissement ne dispose pas de procédure concernant l'aide au repas ainsi que les modalités de prise de repas en fonction des besoins du résident, ce qui contrevient à l'article L311-3 3° CASF.</p> <p>Les troubles de déglutition en EHPAD sont une des thématiques de formation (dispensée par un organisme extérieur).</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				Remarque 29 : L'accompagnement des résidents concernant l'aide au repas selon ses besoins ne se fonde pas sur les bonnes pratiques recommandées par la HAS.
3.4	3.4.8	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Les toilettes</u>	<p>Les toilettes des résidents sont organisées selon les GIR.</p> <p>Au 3e étage : autonome (22 résidents avec 2 soignants et 1 volante pour 8 résidents à charge, ce qui revient donc 7 toilettes par moyenne)</p> <p>Les toilettes ne dépassent pas 7 par soignant (après changement de draps ou stimulation).</p>
3.4	3.4.9	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Les changes</u>	<p>La fréquence des changes est entre 3 ou 4 fois par jour.</p>
3.4	3.4.10	Vie quotidienne - Hébergement		<p>Le circuit du linge n'est pas approprié car il y a un croisement entre le linge propre et le linge sale. Le linge plat sale est stocké à même le sol dans le sous-sol de l'établissement.</p> <p><u>Photo 8 : Linge sale</u></p> <div>   </div>
3.4	3.4.11	Vie quotidienne - Hébergement	<u>Le circuit du linge</u>	

N°GAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				 <p>Photo 9 : Linge sale</p> <p>L'entretien du linge des résidents est externalisé mais traité sur place. Le prestataire effectue le ramassage et la livraison du linge.</p> <p>Le circuit n'est pas clarifié par des protocoles.</p> <p>Il existe dans l'établissement un local affecté à l'usage du prestataire extérieur pour le lavage du linge sale des résidents.</p> <p>Il nous a été indiqué que l'établissement prenait en charge une partie du linge des résidents, si besoin.</p> <p>Des affiches, présentes, au sous-sol de l'établissement rappellent la nécessité de ranger les sacs de linge sur les chariots (linge résidents sac marron = charriot bleu). Or, les sacs sont entreposés les uns sur les autres à même le sol.</p> <p>Remarque 30 : Les conditions de stockage du linge sale qui traîne à même le sol et qui déborde dans le sous-sol le week-end car le prestataire ne passe pas pendant cette période ne sont pas hygiéniques.</p>

3.5. Soins : L'organisation de la continuité des soins

N°GAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8	3.5.1	Soins	<u>Equipe pluridisciplinaires mobilisées pour la PEC des résidents</u>	<p>Les professionnels mobilisés pour la prise en soins des résidents sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médecin coordinateur, poste non pourvu, une partie des missions est assurée par un médecin du siège de l'association - Infirmière coordinatrice temps-plein - Infirmiers de jour, en 2 équipes de 2 IDE, postes non pourvus, recours à l'intérim et aux vacataires - Intervention d'une IDE de nuit du SSIAD, de façon systématique toutes les nuits - Aides-soignants, Auxiliaires de vie, AMP, jour et nuit - Psychologue, - Psychomotricienne, - 2 kinésithérapeutes libéraux <p>L'établissement ne bénéficie pas de l'intervention d'ergothérapeute, diététicien, orthophoniste</p> <p>Eléments détaillés dans le paragraphe 2.1 Gestion des ressources humaines</p>
3.8	3.5.2	Soins	<u>Organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins</u>	<p>Eléments détaillés dans le paragraphe 2.1 Gestion des ressources humaines</p> <p>L'organisation du travail permet d'assurer la continuité des soins.</p>
3.8	3.5.3	Soins	<u>La coordination du MédCo, de l'IDEC, du pharmacien</u>	<p>En l'absence de MedCo, il a été indiqué à la Mission qu'un temps de médecin référent du siège est dédié à l'établissement (1/2 journée par semaine).</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Remarque 31 : Le contenu du temps de présence du médecin du siège n'est pas spécifié. Cela ne permet pas à la Mission de mesurer la nature de sa présence et s'il contribue par exemple à la rédaction du RAMA</p> </div> <p>Une IDEC est en poste, à temps plein.</p>

N°GAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Il n'y a pas de commission gériatrique.</p> <p>Écart 46 : L'absence de réunion de la commission gériatrique génère un risque de non-qualité de la prise en charge médicale. Ce qui contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF et l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du CASF.</p>

3.6. Soins : Les moyens pour la prise en soin

N°GAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8	3.6.1	Soins	<u>Le poste de soins</u>	<p>Dans le bâtiment B, comprenant 60 lits, se trouvent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 poste de soins au 3^{ème} étage. L'état de propreté apparente est satisfaisant et le bionettoyage est quotidien - 1 salle de transmission avec 2 postes informatiques au 1^{er} étage <p>Dans le bâtiment C, comprenant 20 lits, se trouve :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 poste de soins. L'état de propreté apparente est satisfaisant
3.8	3.6.2	Soins	<u>Les équipements du poste de soins</u>	<p>L'équipement de base est présent dans les postes de soins.</p> <p>Dans le poste de soin du bâtiment B, on ne trouve pas de lit, mais les soins sont tous faits en chambre, les résidents ne viennent pas dans le poste de soins.</p> <p>La mission observe la présence de : O2, concentrateur, et une bonbonne sur le chariot urgence</p>
3.8	3.6.3	Soins	<u>La sécurisation du poste de soins</u>	<p>Le poste de soins du bâtiment B est sécurisé par un digicode, il est accessible à IDEC, médecin, IDE, AS, direction, et au personnel d'accueil.</p> <p>Le poste de soins du bâtiment C est accessible à IDEC, médecin, IDE, AS, et direction.</p> <p>Sécurisation des médicaments dont les stupéfiants : voir point 3.8.13</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Écart 47 : Les postes de soins, armoires à médicaments, coffre à stupéfiants sont insuffisamment sécurisés. Les médicaments, y compris stupéfiants, et des informations confidentielles sur les résidents sont donc insuffisamment protégés. Cela contrevient aux articles R4312-35 CSP, R.4312-39 CSP, L.311-3 CASF.</p>
3.8	3.6.4	Soins	<u>Les projets de soins individualisés (PSI)</u>	Le projet de soins est élaboré par l'équipe de soins, en lien avec le médecin référent.
3.8	3.6.5		<u>L'organisation du travail des nouveaux professionnels IDE, AS, AES, ... (nouveaux CDI/CDD, vacataires, intérimaires, stagiaires)</u>	L'association a mis à la disposition de son établissement un parcours et un livret de groupe sur l'accueil du nouveau salarié. Il n'est pas présenté une procédure spécifique pour les nouveaux professionnels soignants.
3.8	3.6.6	Soins	<u>Les dossiers de liaison d'urgence (DLU)</u>	<p>Les dossiers de liaison d'urgence (DLU) papiers sont édités tous les mois et mis à disposition dans un classeur dans le poste de soins.</p> <p>Ils sont éditables dans le logiciel de soins, y compris par les AS de nuit.</p>
3.8	3.6.7	Soins	<u>Le chariot d'urgence</u>	<p>La Mission a constaté :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bat B : le chariot d'urgence est scellé et fait l'objet d'une vérification mensuelle - Bat C : le sac d'urgence n'est pas scellé - Les obus d'O2 sont fixés <p>Remarque 32 : Le sac d'urgence du bâtiment C n'est pas scellé.</p>
3.8	3.6.8	Soins	<u>Le défibrillateur automatique externe (DAE)</u>	Le défibrillateur automatique externe (DAE) est situé au rez-de-chaussée du bâtiment B, avec une signalétique conforme.
3.8	3.6.9	Soins	<u>Prévention, dépistage et protocole de gestion de la douleur</u>	<p>La procédure concernant la prise en charge de la douleur transmise date de 2018, est rédigée par le siège et non signée.</p> <p>Il n'a pas été présenté de protocole de dépistage systématique et de lutte contre la douleur à la mission d'inspection.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				Écart 48 : Il n'y a pas de protocole propre à l'établissement pour la prise en compte de la douleur, ce qui contrevient aux articles L1110-5 du CSP, L1112-4 du CSP.
3.8	3.6.10	Soins	<u>Les soins palliatifs</u>	Il n'a pas été transmis ni décrit à la Mission de protocole relatif aux soins palliatifs. Écart 49 : Il n'y a pas de protocole visant à prendre en compte la fin de vie avec un protocole de soins palliatifs, ce qui contrevient aux articles L1111-11 du CSP, R1111-19 du CSP, R4312-43 du CSP, D312-158 du CASF.
3.8	3.6.11	Soins	<u>Les procédures et protocoles de soins</u>	Les protocoles transmis sont rédigés par le siège, non signés, et datent pour beaucoup de 2018 ou des années antérieures. Ils ne sont pas maîtrisés par les soignants. Les chutes sont enregistrées dans le logiciel de soins, et analysées au cas par cas pour voir s'il y a des conséquences de la chute. L'analyse globale des chutes n'est pas réalisée. Le risque de chute n'est pas dépisté de façon systématique. Écart 50 : L'absence de protocoles relatifs aux soins, à jour et connus des soignants, constitue un risque pour la sécurité des résidents ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF. Remarque 33 : Il n'existe pas d'analyse systématique des chutes survenues dans l'établissement.

3.7. Soins : Les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8	3.7.1	Soins	<u>La traçabilité des soins par les professionnels de l'EHPAD</u> <u>Les pansements</u>	La traçabilité des soins se fait dans le logiciel de soins selon le plan de soins. Les transmissions sont également faites via le logiciel de soins. Dans le bâtiment B, une seule salle avec des postes informatiques est accessible aux AS pour remplir leurs transmissions. La retranscription se fait donc à distance, avec des supports intermédiaires papiers

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8	3.7.2	Soins		Le logiciel de soins est décrit comme pratique, mais avec des dysfonctionnements, conduisant à saisir des informations à la main sur des supports papier avant de les retranscrire à distance dans le logiciel.
				Écart 51 : La traçabilité des soins à distance du soin ne permet pas de s'assurer de la qualité de la prise en charge ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.
			<u>Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs</u>	Le logiciel de soins est utilisé pour les transmissions entre les différents professionnels.

3.8. Soins : Le circuit du médicament

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8	3.8.1	Soins	<u>La procédure du circuit du médicament</u>	Le document transmis « Procédure organisation de la prise en charge médicamenteuse », datant de 2018 et non signé, ne correspond pas à une procédure de circuit du médicament au sein de l'établissement. Les autres documents transmis portent sur des points précis du circuit du médicament, mais ne constituent pas une procédure de circuit du médicament.
				Écart 52 : L'absence de formalisation du circuit du médicament augmente le risque lié à la prise en charge médicamenteuse. Cela constitue un risque pour la sécurité du résident ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.
3.8	3.8.2	Soins	<u>L'identitovigilance des résidents</u> <u>L'identification des médicaments jusqu'à l'administration</u>	L'identification complète du résident avec photographie figure sur les piluliers; sauf sur quelques boîtes de médicaments dans le bâtiment B.
				Remarque 34 : L'identification des résidents avec photographie sur les piluliers n'est pas exhaustive.

N°GAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8	3.8.3	Soins	<u>Les moyens de transmissions entre l'EHPAD et l'officine en pharmacie</u>	<p>Les transmissions d'informations entre l'établissement et l'officine se font par téléphone, par mail ou par fax. Les ordonnances sont transmises via des messageries non sécurisées.</p> <p>Écart 53 : La transmission non sécurisée de données médicales nominatives contrevient à l'article L311-3 4° du CASF et à l'article 32 du RGPD.</p>
3.8	3.8.4	Soins	<u>Le stock de médicament pour besoins urgents</u>	Il existe un stock tampon de médicaments pour les besoins urgents, conforme et contrôlé.
3.8	3.8.5	Soins	<u>Les stupéfiants</u>	<p>Stockage des stupéfiants : voir point 3.8.13</p> <p>Il existe un registre des stupéfiants qui est régulièrement complété.</p>
3.8	3.8.6	Soins	<u>Les prescriptions médicales</u>	<p>Quatre médecins traitants interviennent effectivement dans l'établissement dont un, médecin traitant de 15 résidents, se déplace toutes les semaines.</p> <p>Ils utilisent le logiciel de soins pour toutes les prescriptions, sauf quand la consultation a lieu au cabinet car ils n'ont pas d'accès au logiciel à distance.</p> <p>Le médecin référent du siège bénéficie d'un accès distant à au logiciel de soin, et peut donc prescrire à distance dans le logiciel.</p> <p>Les prescriptions observées étaient conformes.</p>
3.8	3.8.7	Soins	<u>La liste préférentielle de médicaments (LPM)</u>	<p>L'établissement n'a pas transmis de liste préférentielle de médicaments (LPM).</p> <p>Écart 54 : En ne transmettant pas la liste préférentielle des médicaments, l'établissement contrevient à l'article L313-12 V CASF.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8	3.8.8	Soins	<u>La retranscription des prescriptions dans le dossier médical</u>	<p>Il n'y a pas de prescription orale. Les retranscriptions d'ordonnances provenant de l'extérieur (hôpital notamment), ne sont pas faites par les IDE, mais par le médecin référent.</p> <p>Dans l'intervalle, l'administration des médicaments est faite sur la base de l'ordonnance papier, sans figurer dans le logiciel de soins.</p> <p>Cf écart n°52</p>
3.8	3.8.9	Soins	<u>La dispensation des médicaments par l'officine en pharmacie</u>	<p>La dispensation est faite par une officine de pharmacie ayant une convention avec l'établissement, sur la base de l'original de la prescription, adressée par fax ou mail à la pharmacie par l'établissement.</p> <p>Les soins IDE et kiné sont prescrits par les médecins.</p>
3.8	3.8.10	Soins	<u>Médicaments : préparation des piluliers</u>	<p>L'établissement a une convention avec la pharmacie d'officine Santé Plus pour une préparation des doses à administrer sous forme de rouleaux livrés de façon hebdomadaire.</p> <p>Un contrôle est fait à la livraison par les IDE avec l'original de la prescription</p> <p>Une fois par mois est effectuée une vérification de la concordance des ordonnances papier/logiciel de soins, pour tous les résidents.</p>
3.8	3.8.11	Soins	<u>La préparation des médicaments (hors piluliers)</u>	<p>La préparation des traitements hors piluliers est réalisée par les IDE.</p>
3.8	3.8.12	Soins	<u>Les locaux et les conditions de préparation des médicaments au sein de l'EHPAD</u>	<p>Le local de préparation de médicament est adapté, et permet de limiter les interruptions de tâches.</p>
3.8	3.8.13	Soins	<u>Le stockage des médicaments (stock individuel, chariot médicaments)</u>	<p>Stockage des médicaments</p> <p>Dans les bâtiments [REDACTED] les médicaments sont stockés dans des armoires [REDACTED]. Les armoires étaient non verrouillées lors de l'inspection.</p> <p>Les chariots de médicaments sont sécurisés.</p> <p>Remarque 35 : Les armoires des médicaments ne sont pas fermées à clé [REDACTED]</p>

N°ISAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<p>Stupéfiants : Les stupéfiants sont stockés dans un coffre scellé [REDACTED] avec une fermeture par clé.</p> <p>Stockage des médicaments thermosensibles Bat B : les relevés de température du réfrigérateur dédié aux médicaments ne sont pas quotidiens, (environ 4 /semaine), les températures relevées sont conformes. Bat C : aucun relevé de température n'a été retrouvé lors de l'inspection, la température constatée était de 8° lors de l'inspection.</p> <p>Écart 55 : Le contrôle de la température de l'enceinte réfrigérée n'est pas suffisamment régulier pour s'assurer de la correcte conservation des médicaments thermosensibles ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF et aux recommandations de l'Ordre National des Pharmaciens « Recommandations de gestion des produits de santé soumis à la chaîne du froid entre +2°C et +8°C ».</p>
3.8	3.8.14	Soins	<u>Les dates de péremption des médicaments</u>	<p>La mission a constaté l'existence d'un flacon multidoses ouvert sans date d'ouverture dans la salle de soins du bâtiment C.</p> <p>Remarque 36 : La date d'ouverture des flacons de consommables n'est pas indiquée. La date de fin d'utilisation n'est donc pas connue.</p>
3.8	3.8.15	Soins	<u>La liste des médicaments écrasables</u>	<p>Il n'est pas mis à disposition des IDE une liste des médicaments à ne pas broyer.</p> <p>Remarque 37 : L'absence de liste des médicaments pouvant être écrasés, ouverts ou dilués, augmente le risque de mauvaise utilisation des médicaments</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.8	3.8.16	Soins	<u>La délégation de l'IDE de l'administration des médicaments</u>	L'administration est faite par une IDE en journée, par les AS la nuit. Une IDE du SSIAD passe la nuit de façon systématique. Les AS de nuit reçoivent une formation annuelle.
3.8	3.8.17	Soins	<u>Traçabilité de l'administration des médicaments ou des motifs de non administration</u>	<p>La traçabilité de l'administration est réalisée dans le logiciel de soins.</p> <p>En cas d'ordonnance extérieure, en attendant la saisie dans le logiciel de soins par le médecin référent, aucune traçabilité n'est possible dans le logiciel, sauf sous forme de transmissions.</p> <p>Il existe un poste de soins avec ordinateur pour plusieurs étages, la traçabilité informatique se fait donc à distance de l'administration.</p> <p>Remarque 38 : La difficulté de traçabilité de l'administration des médicaments pendant la période où l'ordonnance n'est pas retranscrite dans le logiciel de soins ne permet pas de s'assurer de la qualité de la prise en charge.</p> <p>Remarque 39 : La traçabilité de l'administration à distance de l'aide à la prise augmente le risque d'erreur</p>

4. Relations avec l'extérieur

4.1. Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
4.2	4.1.1	Coordination avec les autres secteurs	<u>Convention avec un établissement de santé</u>	<p>L'établissement n'a pas signé une convention avec un établissement de santé. Un projet de convention avec l'AP-HP a été présenté, mais les termes de sa conclusion ne sont pas à ce jour connus.</p> <p>Écart 56 : L'établissement n'a pas conventionné avec un établissement de santé, contrairement aux exigences des articles L312-7, 1° du CASF et D312-155-0, I, 5° du CASF.</p>
4.2	4.1.2	Coordination avec les autres secteurs	<u>Convention avec des intervenants libéraux</u>	<p>Écart 57 : Les intervenants médicaux et paramédicaux n'ont pas tous signé de conventions, contrairement à l'article R313-30-1 CASF.</p>
4.2	4.1.3	Coordination avec les autres secteurs	<u>Convention avec l'hospitalisation à domicile (HAD)</u>	<p>HAD : L'établissement a signé une convention de partenariat avec AP-HP le 31/01/2024 (HAD AP-HP).</p>
4.2	4.1.4	Coordination avec les autres secteurs	<u>Convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs</u>	<p>Les modalités de d'accompagnement en soins palliatifs n'ont pas été présentées à l'équipe d'inspection.</p> <p>Écart 58 : Les modalités d'accompagnement en fin de vie et les soins palliatifs ne sont pas encadrés ou ne bénéficient de partenariats pour un meilleur accompagnement des résidents, contrairement aux dispositions de l'article L1112-4 et L1110-5 CSP.</p>

N°GAB	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
4.2	4.1.5	Coordination avec les autres secteurs	<u>Autres conventions</u>	
4.2	4.1.6	Coordination avec les autres secteurs	<u>Convention avec une officine en pharmacie</u>	L'établissement a signé une convention avec une pharmacie le 24/03/22.
4.2	4.1.7	Coordination avec les autres secteurs	<u>Les DAC</u>	<p>L'établissement n'a pas présenté à la mission d'inspection ses outils de collaboration avec les réseaux de gérontologie ou des dispositifs d'appui à la coordination (DAC).</p> <p>Remarque 40 : L'établissement n'a pas signé de conventions de gérontologie ou intégré des réseaux de gérontologie.</p> <p>Écart 59 : L'établissement n'a pas intégré un dispositif d'accompagnement spécifique, ce qui est contraire au Décret du 18 mars 2021 N°2021-295 relatif aux DAC et aux dispositifs spécifiques régionaux.</p>

5. Récapitulatif des écarts et des remarques

5.1. Écarts

Écart 1 :	L'établissement n'a pas fourni à la Mission les documents présentant le fonctionnement et l'organisation du conseil d'administration et la présidence de l'association, ce qui contrevient à l'article L313-1, 4ème alinéa du CASF.	16
Écart 2 :	En présentant un taux d'occupation de 90%, en dessous du seuil fixé à 95%, l'établissement ne respecte pas les exigences établies par l'article L313-1 alinéa 4 du CASF.	16
Écart 3 :	En transformant les 10 places de l'hébergement temporaire de l'unité Alzheimer en hébergement permanent sans autorisation des autorités, l'établissement ne respecte plus les conditions de son autorisation n°2012-149 du 06/08/2012 ce qui nuit gravement à la prise en charge des usagers sur le territoire en supprimant une offre d'accueil inscrite au schéma le schéma d'organisation sociale et médico-sociale, ce qui contrevient à l'article L313-1 alinéa 4 du CASF.	17
Écart 4 :	En fermant le PASA sans en informer les autorités, l'établissement ne remplit plus les conditions de son arrêté n° 2012-149 du 06/08/12 ainsi de sa labellisation du 30 juillet 2018, ce qui contrevient aux articles L313-1, L313-4 et D312-155-0-1 du CASF et aux conditions de sa labellisation.	18
Écart 5 :	En fermant unilatéralement le PASA, l'établissement réduit les possibilités d'offrir aux résidents une prise en charge adaptée à leurs besoins, ce qui contrevient aux articles L311-3 et D312-155-0-1 du CASF (PASA).	18
Écart 6 :	Le règlement de fonctionnement n'a pas été présenté au CVS, ce qui contrevient aux dispositions des articles L311-7 du CASF.	20
Écart 7 :	Le règlement de fonctionnement n'est pas remis au résident, ce qui contrevient à l'article R311-34 du CASF.	20
Écart 8 :	En ne présentant pas un projet d'établissement actualisé, l'établissement contrevient aux articles L311-8, L315-17, D311-38, D312-158, 1° et D312-176-5 du CASF.	20
Écart 9 :	En l'absence du projet d'établissement, la Mission d'inspection ne peut contrôler les modalités et la qualité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	21
Écart 10 :	En ne disposant pas de plan Bleu, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L311-3, D312-155-4-1, D312-160 du CASF et l'arrêté du 7 juillet 2005 modifié.	21
Écart 11 :	L'absence d'un dialogue constructif entre la direction et le personnel sur leurs droits interfère sur la qualité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 3° du CASF.	22
Écart 12 :	L'établissement n'a pas présenté à la mission d'inspection le DUD de la directrice. Ce qui contrevient à l'article D312-176-5 du CASF.	24
Écart 13 :	L'établissement n'a pas présenté les subdélégations des cadres de sa direction, ce qui contrevient aux articles D315-67, D315-68, et D315-69 CASF.	24
Écart 14 :	En ne présentant les éléments justifiant le recrutement du médecin coordinateur, l'établissement contrevient à l'article D312-156 du CASF.	25
Écart 15 :	La composition et le fonctionnement du CVS ne répondent pas aux dispositions des articles D311-4 et D311-5 du CASF.	27
Écart 16 :	Le CVS ne dispose pas de règlement intérieur, ce qui contrevient à l'article D311-19 du CASF.	27

Écart 17 :	Il n'est pas indiqué que le CVS a été informé sur les EI ou EIG, ce qui convient aux dispositions de R331-10 du CASF.	27
Écart 18 :	La démarche qualité de l'établissement n'est pas conforme à l'article L312-8 du CASF.	28
Écart 19 :	Les outils d'évaluation ne sont pas opérationnels contrairement aux dispositions aux articles L312-8, D312-203 et D312-204 du CASF.	28
Écart 20 :	La politique de promotion de la bientraitance n'est pas formalisée dans l'établissement contrairement aux dispositions des articles L119-1 et L311-3, 1° du CASF, de la Circulaire du 20 février 2014 et de l'Instruction DGAS/2A N°2007-112 du 22 mars 2007.	29
Écart 21 :	L'établissement ne dispose de procédures concernant les situations de violence ou de harcèlement, ce qui contrevient à l'article L 331-8-1 du CASF	29
Écart 22 :	L'établissement ne dispose de procédure protégeant les salariés en cas de témoignage sur les faits de violence ou de harcèlement, ce qui contrevient à l'article L313-24 du CASF.	29
Écart 23 :	L'établissement ne dispose pas de procédure relative aux traitements des dysfonctionnements graves à déclarer, ce qui contrevient aux L313-24 et L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 du CASF, et l'Arrêté du 28/12/2016 modifié.	30
Écart 24 :	L'établissement ne dispose de procédure de gestion des EI liées à la PECM, ce qui contrevient à l'article R1413-67 CSP et à l'Arrêté du 28/12/2016 modifié.	30
Écart 25 :	L'établissement n'a pas présenté les modalités de suivi des situations ou des RETEX en cas de survenance de EI ou EIG, contrairement aux articles L331-8-1 et R331-8 et -9 du CASF, R1413-67 à 73 du CSP et l'arrêté du 28 décembre 2016.	31
Écart 26 :	L'établissement ne déclare pas les EIG aux tutelles, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 CASF.	31
Écart 27 :	En ayant recours de manière importante aux personnels en CDD et en intérim, la direction de l'établissement ne pourvoit pas de manière durable et permanente certains postes de soignants, ce qui ne garantit pas la continuité et la sécurité des prises en charge et contrevient à l'article L311-3 CASF.	36
Écart 28 :	En ne respectant pas son obligation de renseigner les tableaux de l'ANAP, l'établissement conduit la Mission à s'interroger sur la qualité de la prise en charge des résidents, comme l'exigent les articles L.311-3 1° et L311-3 3° du CASF.	36
Écart 29 :	L'établissement ne s'est pas assuré de vérifier les qualifications des prestataires externes, ce qui contrevient à l'article L312-1 II 4°alinéa CASF.	37
Écart 30 :	L'établissement n'a pas signé de conventions avec l'ensemble des professionnels libéraux intervenants dans l'établissement, ce qui contrevient à l'article R313-30-1 et R313-30-1 du CASF (contrat entre prof libéral et EHPAD).	37
Écart 31 :	L'EHPAD ne respecte pas les préconisations nationales de bonnes pratiques relatives à la mise en œuvre d'un plan de formation à destination de ses salariés pour une bonne prise en charge adaptée des usagers, ce qui contrevient à l'article D.311-38-3 du CASF.	38
Écart 32 :	Il n'existe pas de temps d'échange organisés avec l'ensemble des professionnels, ce qui interroge sur la cohérence des pratiques professionnelles et leur impact sur la bonne prise en charge des résidents conformément à l'article 311-3 du CASF.	40
Écart 33 :	La fiche de tâches heurées est commune aux aides-soignants (AS), accompagnants éducatifs et sociaux (AES), AMP et AVS. La mission ne peut s'assurer qu'il n'existe pas de glissements de tâches entre ces professionnels ce qui contrevient aux articles L.311-3 1° & D.312-155-0 II du CASF.	44
Écart 34 :	L'organisation des tâches de l'équipe soignante n'est pas clarifiée, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	44

Écart 35 :	Le RAMA n'est pas rédigé par le médecin coordonnateur, ce qui contrevient aux dispositions des articles D. 312-158 (10°), D. 312-155-3 al 9°, D. 312-158 (4°) et D.312-158 du CASF.	46
Écart 36 :	La tenue des dossiers administratifs des résidents n'est pas conforme aux articles L311-3&4 et L311-5-1 CASF et L. 1111-6 CSP ainsi que la circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil.	47
Écart 37 :	L'accès par un personnel non soignant au dossier médical contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3, 4° du CASF et L.1110-4 du CSP.	48
Écart 38 :	Les dossiers de soins des résidents ne sont pas stockés dans des conditions permettant d'assurer leur confidentialité ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3, 4°CASF.	48
Écart 39 :	L'établissement n'a pas présenté de convention pour la gestion des DASRI, ce qui contrevient à l'article R1335-3 CSP.	51
Écart 40 :	L'aménagement de l'UVP ne permet pas d'assurer la sécurité du public accueilli, ce qui contrevient à l'article L311-3 1° CASF.	52
Écart 41 :	Les étapes et le contenu de l'évaluation gériatrique à l'admission des résidents ne sont pas conformes aux dispositions de l'article D.312-158 6° du CASF.	56
Écart 42 :	L'ensemble des PAI ne sont pas formalisés, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	57
Écart 43 :	L'établissement n'a pas transmis de dossiers médicaux et n'a permis à la mission d'inspection de vérifier la régularité et la complétude des dossiers conformément aux articles L311-3 5° du CASF, R4311-1 du CSP, R4321-91 du CSP et R4311-2 du CSP.	58
Écart 44 :	Les mesures d'identitovigilance ne concernent pas l'ensemble des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 1° CASF	60
Écart 45 :	L'établissement ne dispose pas de procédure concernant l'aide au repas ainsi que les modalités de prise de repas en fonction des besoins du résident, ce qui contrevient à l'article L311-3 3° CASF.	64
Écart 46 :	L'absence de réunion de la commission gériatrique génère un risque de non-qualité de la prise en charge médicale. Ce qui contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF et l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du CASF.	68
Écart 47 :	Les postes de soins, armoires à médicaments, coffre à stupéfiants sont insuffisamment sécurisés. Les médicaments, y compris stupéfiants, et des informations confidentielles sur les résidents sont donc insuffisamment protégés. Cela contrevient aux article R4312-35 CSP, R.4312-39 CSP, L.311-3 CASF.	69
Écart 48 :	Il n'y a pas de protocole propre à l'établissement pour la prise en compte de la douleur, ce qui contrevient aux articles L1110-5 du CSP, L1112-4 du CSP.	70
Écart 49 :	Il n'y a pas de protocole visant à prendre en compte la fin de vie avec un protocole de soins palliatifs, ce qui contrevient aux articles L1111-11 du CSP, R1111-19 du CSP, R4312-43 du CSP, D312-158 du CASF.	70
Écart 50 :	L'absence de protocoles relatifs aux soins, à jour et connus des soignants, constitue un risque pour la sécurité des résidents ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1°du CASF.	70
Écart 51 :	La traçabilité des soins à distance du soin ne permet pas de s'assurer de la qualité de la prise en charge ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	71
Écart 52 :	L'absence de formalisation du circuit du médicament augmente le risque lié à la prise en charge médicamenteuse. Cela constitue un risque pour la sécurité du résident ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1°du CASF.	71

Écart 53 :	La transmission non sécurisée de données médicales nominatives contrevient à l'article L311-3 4° du CASF et à l'article 32 du RGPD.	72
Écart 54 :	En ne transmettant pas la LPM, l'établissement contrevient à l'article L313-12 V CASF.	72
Écart 55 :	Le contrôle de la température de l'enceinte réfrigérée n'est pas suffisamment régulier pour s'assurer de la correcte conservation des médicaments thermosensibles ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF et aux recommandations de l'Ordre National des Pharmaciens « Recommandations de gestion des produits de santé soumis à la chaîne du froid entre +2°C et +8°C ».	74
Écart 56 :	L'établissement n'a pas conventionné avec un établissement de santé, contrairement aux exigences des articles L312-7, 1° du CASF et D312-155-0, I, 5° du CASF.	76
Écart 57 :	Les intervenants médicaux et paramédicaux n'ont pas tous signé de conventions, contrairement à l'article R313-30-1 CASF.	76
Écart 58 :	Les modalités d'accompagnement en fin de vie et les soins palliatifs ne sont pas encadrés ou ne bénéficient de partenariats pour un meilleur accompagnement des résidents, contrairement aux dispositions de l'article L1112-4 et L1110-5 CSP.	76
Écart 59 :	L'établissement n'a pas intégré un dispositif d'accompagnement spécifique, ce qui est contraire au Décret du 18 mars 2021 N°2021-295 relatif aux DAC et aux dispositifs spécifiques régionaux.	77

5.2. Remarques

Remarque 1 :	Les modalités d'organisation des réunions par l'établissement et l'absence de formalisme propre aux CODIR ne permettent pas à la Mission d'inspection de les définir comme tels.	21
Remarque 2 :	L'absence de documents réglementaires au sein de l'établissement, à savoir le projet d'établissement et le plan bleu interpelle la Mission d'inspection sur la nature et l'efficacité de l'accompagnement de l'organisme gestionnaire.	22
Remarque 3 :	L'établissement n'a pas de procédure en cas d'urgence la nuit.	23
Remarque 4 :	La fiche de poste de l'IDEC n'est pas signée par la responsable hiérarchique et par l'IDEC.	25
Remarque 5 :	Les prestations externalisées ne sont pas évaluées.	28
Remarque 6 :	Le circuit de la prise en charge matérielle du linge plat par le prestataire extérieur n'est pas clairement identifié et sécurisé.	28
Remarque 7 :	Les recommandations de la HAS sur la pratique de la bientraitance ne sont pas utilisées.	29
Remarque 8 :	Le cahier de doléances n'a pas été tenu en 2024.	30
Remarque 9 :	L'établissement n'a pas mis en place un comité de chutes	31
Remarque 10 :	Les dénominations des personnels travaillant dans l'établissement sont différentes d'un document à l'autre ce qui ne favorise pas la compréhension de la composition des effectifs.	35
Remarque 11 :	La qualification des AS en contrat à durée déterminée n'a pu être vérifiée.	36

Remarque 12 :	Les casiers judiciaires sont conservés dans les dossiers au-delà de 3 mois, ce qui contrevient à l'avis de la CNIL.	37
Remarque 13 :	L'absence d'évaluation annuelle des professionnels ne facilite pas la mise en place d'un accompagnement par l'encadrement et la reconnaissance et valorisation des compétences de chaque professionnel.	37
Remarque 14 :	Tous Les personnels ne bénéficient pas d'un entretien professionnel.	37
Remarque 15 :	Il n'existe pas de support de formation, ni d'attestation de formation bientraitance.	38
Remarque 16 :	Il n'existe pas de protocole d'accueil du salarié spécifique aux particularités de l'EHPAD Torelli.	39
Remarque 17 :	L'absence d'outils fiables mesurant les heures réalisées par les salariés a des conséquences négatives sur les rémunérations des salariés y compris le règlement des heures supplémentaires. Les entretiens révèlent un nombre d'heures supplémentaires important sans compensation et la difficulté à prendre des congés.	45
Remarque 18 :	Les déchets sont stockés dans le sous-sol du bâtiment.	50
Remarque 19 :	Les DASRI ne sont pas sécurisés dans des espaces où circulent des résidents avec des troubles cognitifs.	51
Remarque 20 :	La procédure d'admission ne fait pas mention de documents à délivrer obligatoirement à tout résident (livret d'accueil, règlement de fonctionnement).	56
Remarque 21 :	Il n'existe pas de procédure spécifique pour l'hébergement temporaire.	56
Remarque 22 :	Le règlement de fonctionnement ne mentionne pas les motifs de refus d'admission ou de fin de prise en charge.	56
Remarque 23 :	Toutes les réunions ne font pas l'objet de formalisation écrite, ce qui nuit à une bonne traçabilité des informations sur la prise en compte des besoins des résidents.	57
Remarque 24 :	La mention du recours à la personne qualifiée n'apparaît pas dans le livret d'accueil, ni dans le règlement de fonctionnement.	59
Remarque 25 :	Le livret d'accueil ne contient aucune information ni sur la personne de confiance ni sur les personnes qualifiées et leurs modalités de saisine.	59
Remarque 26 :	Le règlement de fonctionnement ne contient pas les informations relatives au coffre-fort et aux modalités de dépôt.	61
Remarque 27 :	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'animation qui a obtenu la validation de la direction.	61
Remarque 28 :	Le jeûne nocturne est supérieur à 12h en l'absence de collation, ce qui est contraire aux recommandations en vigueur.	63
Remarque 29 :	L'accompagnement des résidents concernant l'aide au repas selon ses besoins ne se fonde pas sur les bonnes pratiques recommandées par la HAS.	65
Remarque 30 :	Les conditions de stockage du linge sale qui traîne à même le sol et qui déborde dans le sous-sol le week-end car le prestataire ne passe pas pendant cette période ne sont pas hygiéniques.	66
Remarque 31 :	Le contenu du temps de présence du médecin du siège n'est pas spécifié. Cela ne permet pas à la Mission de mesurer la nature de sa présence et s'il contribue par exemple à la rédaction du RAMA	67
Remarque 32 :	Le sac d'urgence du bâtiment C n'est pas scellé.	69
Remarque 33 :	Il n'existe pas d'analyse systématique des chutes survenues dans l'établissement.	70

Remarque 34 :	L'identification des résidents avec photographie sur les piluliers n'est pas exhaustive.	71
Remarque 35 :	Les armoires des médicaments ne sont pas fermées à clé dans le poste de soins.	73
Remarque 36 :	La date d'ouverture des flacons de consommables n'est pas indiquée. La date de fin d'utilisation n'est donc pas connue.	74
Remarque 37 :	L'absence de liste des médicaments pouvant être écrasés, ouverts ou dilués, augmente le risque de mauvaise utilisation des médicaments	74
Remarque 38 :	La difficulté de traçabilité de l'administration des médicaments pendant la période où l'ordonnance n'est pas retranscrite dans le logiciel de soins ne permet pas de s'assurer de la qualité de la prise en charge.	75
Remarque 39 :	La traçabilité de l'administration à distance de l'aide à la prise augmente le risque d'erreur	75
Remarque 40 :	L'établissement n'a pas signé de conventions de gériatrie ou intégré des réseaux de gériatrie.	77

6. Conclusion

Le contrôle sur place de l'EHPAD TORELLI, géré par l'association ISATIS a été réalisé le 23 mai 2024 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

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

La présence d'une équipe de direction

La présence d'une IDEC

La présence d'une animatrice

Des bâtiments neufs et opérationnels permettant la mobilité des résidents

Les chambres répondent aux besoins des résidents

Cependant, elle constaté également des dysfonctionnements majeurs / importants en matière dans les domaines suivants :

- **Gouvernance :**

- **Conformité aux conditions de l'autorisation**

- Le taux d'occupation de 90% est en dessous du seuil fixé

- Fermeture unilatérale du PASA et des places d'hébergement temporaire sans autorisation des tutelles

- **Management et Stratégie**

- Il n'y a pas de médecin coordonnateur

- L'établissement n'a pas de projet d'établissement actualisé

- Le règlement de fonctionnement n'a pas été présenté au CVS

- Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme à la réglementation

- Le règlement de fonctionnement n'est pas remis au résident

- L'établissement ne dispose pas de plan bleu

- Le CVS n'est pas informé sur les dysfonctionnements, EI et EIG

- **Gestion des risques et de la qualité**

- La démarche qualité de l'établissement n'est pas mise en œuvre

- Pas de politique consistante sur la bientraitance

- L'établissement ne dispose de procédure protégeant les salariés en cas de témoignage sur les faits de violence ou de harcèlement

- **Prises en charge**

- **Respect des droits des personnes**

- Les documents réglementaires à délivrer au résident ne sont pas tous fournis à l'admission

Le livret d'accueil n'est pas exhaustif sur les droits des résidents

– **Fonctions support**

○ **Gestion des RH**

Il n'y a pas de politique formalisée sur la formation et la valorisation des acquis professionnels

Glissement de tâches entre les métiers de AS/AMP/ASH

Glissement de tâches vers l'IDEC en l'absence de médecin coordonnateur

Précarité des contrats de travail

○ **Organisation de la prise en charge**

Le projet personnalisé n'est pas régularisé

Absence de commission gériatrique

L'établissement n'a pas de protocole sur la douleur

○ **Soins**

Les dossiers médicaux des résidents ne sont pas sécurisés

Le circuit du médicament n'est pas formalisé

Absence de traçabilité de l'administration des médicaments

Absence de contrat sur la gestion des DASRI

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

Saint Denis, le 4 juin 2025

Inspectrice de l'action sanitaire et
sociale, ARS, Délégation
départementale de Paris

Dahlia ELENGA

Dahlia ELENGA

Chargée du contrôle des ESMS
parisiens, sous-direction de
l'Autonomie, Direction des
solidarités

Florence PEKAR

Chargée du contrôle des ESMS
parisiens, sous-direction de
l'Autonomie, Direction des
solidarités

Maïguyem GOLSALA

7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES : Accompagnant éducatif et social
AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence régionale de Santé
AVS : Auxiliaires de vie sociale
AS : Aide-soignant
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
CoViD : Corona Virus Disease
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
DAOM : Déchets assimilés aux ordures ménagères
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DASRIA : Déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés
DLU : dossier de liaison d'urgence
DUD : Document unique de délégation
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
EHPA : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour 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

MédCo/MEDEC : Médecin coordonnateur

PE : Projet d'établissement

PVP : Projet de vie personnalisé

PACQ : Plan d'amélioration continu de la qualité

PACQSS : Programme d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins

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

RDF/RF : Règlement de fonctionnement

RH : Ressources humaines

SF2H : Société française d'hygiène hospitalière

SFGG : Société française de gériatrie et gérontologie

UHR : Unité d'hébergement renforcée

UVP : Unité de vie protégée

8. 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 : Dalhia ELENGA

Mail : Dalhia.elenga@ars.sante.fr

Téléphone : 06 50 77 66 62

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

Madame Noémie RICHARD, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Docteur Anne Simonodon, conseillère médicale, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

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

Madame Maiguyem GOLSALA, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

Saint-Denis, le 23 mai 2024

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.

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD « Villa Danielle Torelli » (FINESS 750057101) situé au 31 rue Olivier de Serres, 75015 PARIS, géré par l'association « ISATIS », et qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement des articles L313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles d'accueil et de prise en charge des résidents ainsi que l'organisation et le fonctionnement de la structure.

La mission comprendra :

Pour sa composante Agence Régionale de Santé Île-de-France (ARS IDF) :

- Madame Dalhia ELENGA, coordinatrice de la mission d'inspection, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France ;
- Madame Noémie RICHARD, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France ;
- Docteur Anne SIMONODON, conseillère médicale, désignée personne qualifiée en application de l'article L.1421-1 du Code de la santé publique (CSP), Délégation départementale de Paris, ARS Île-de-France ;

13 rue du Lendy
93200 Saint-Denis
Tel : 01 41 02 00 00
ledelfrance.ars@sante.fr

94000 Quai de la République
75012 Paris
Tel : 01 43 47 77 77
paris.fr

Pour sa composante Ville de Paris :

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

La mission sera également accompagnée par Madame Marielle DACALOR, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris.

L'inspection sera réalisée sur le mode inopiné et débutera à compter du 23 mai 2024 à 9h00. Elle comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer. Elle pourra s'adjointre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

Un rapport nous sera remis dans un délai de trois mois à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L.121-1 du code des relations entre le public et l'administration. Nous notifierons les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

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

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

Le Directeur de la Délégation départementale
de Paris



Pour la Maire de Paris et par délégation,

Dir. des Solidarités

Bureau 207
84/96 quai de la Rapée - 75012 PARIS

Annexe 2 Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH

Annexe 3 Documents demandés	Documents transmis/non transmis
Projet d'établissement en vigueur	Non transmis
Organigramme	transmis
Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	Transmis
Contrat du directeur de l'EHPAD	Transmis
Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD	Transmis
DUD du directeur	Non transmis
Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction	Transmis
3 derniers comptes rendus du CODIR	Transmis
Contrat IDEC	transmis
Fiche de paye IDEC mois précédent	Non transmis
Qualifications et diplôme/gériatrie de l'IDEC	Transmis
Contrat MedCo	non
Fiche de paye MedCo mois précédent	non
Qualifications et diplôme/gériatrie du MedCo	non
inscription à une formation gériatrique du médecin assurant la fonction de MedCo	non
Les 3 derniers CR du conseil de la vie sociale	transmis
Dernière évaluation externe	non
Dernier bilan concernant l'analyse des plaintes et réclamations, et le résultat des enquêtes de satisfaction	non
Procédure de gestion des EI	non
Compte rendu des 2 derniers RETEX	non
Procédure de gestion des EI	non
bordereaux de mission des personnels intérimaires pour le mois précédent	non
Plan de formation années N-1 et N	transmis
Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant	non
Rapport d'activité annuel N-1	oui
RAMA	oui
ERRD N-1 [CPOM - Part des charges de prestations externes dans le total des charges de Groupe 2 des « dépenses de personnel » (hors restauration et blanchisserie), cf ANAP]	Pas conclu de CPOM
un exemplaire vierge d'un livret d'accueil et les différentes annexes	oui

Les 2 dernier CR et feuilles d'émargement de la commission de coordination gériatrique.	non
Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux.	oui
Liste des personnes qualifiées	non
Liste anonymisée des résidents sous contention et types de contentions les concernant	oui
Procédure relative aux contentions	non
Les 2 derniers CR de la commission des repas	non
Sur 1 an, le suivi des poids, IMC, taux des dénutris modérés ou sévères	oui
Planning réalisé de tout le personnel de M-1 JOUR; Tableau récapitulatif et nominatif des personnels rémunérés le jour dit (ETP réels) avec : - dates des recrutements, - nature des contrats de travail (CDI; CDD et intérim), - fonctions exercées, - ETP et différenciation entre équipe de jour et équipe de nuit (format excel non pdf), - le cas échéant, absence/congés longs (maladie, maternité); - Planning effectif de tout le personnel au jour dit (0h à 24h)	incomplet
Planning réalisé de tout le personnel de M-1NUIT; Tableau récapitulatif et nominatif des personnels rémunérés le jour dit (ETP réels) avec : - dates des recrutements, - nature des contrats de travail (CDI; CDD et intérim), - fonctions exercées, - ETP et différenciation entre équipe de jour et équipe de nuit (format excel non pdf), - le cas échéant, absence/congés longs (maladie, maternité); - Planning effectif de tout le personnel au jour dit (0h à 24h)	Transmis mais incomplet
convention avec un établissement de santé et/ou avec un service d'urgence, et/ou avec un service de gériatrie	non
Convention avec l'HAD	non
Convention avec équipe de géronto-psy et EMG (équipe mobile gériatrique)	
Convention avec EMSP (équipe mobile de soins palliatifs)	non

Annexe 4 Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue

- La directrice
- L'adjointe de direction,
- L'animatrice,
- 1 AS,
- 1 AMP
- 1 ASG,
- 1 IDE,
- L'IDEC
- La psychomotricienne,
- Le médecin référent du siège,
- Une famille,
- L'agent de maintenance,
- Le référent éthique et bientraitance.