

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Cousin de Méricourt » 15 avenue Cousin de Méricourt, 94230 Cachan N° FINESS 940803356	
<u>RAPPORT DE CONTRÔLE</u> 2024_IDF_00030 Contrôle sur pièces du 20 septembre 2024	
<u>Mission conduite par</u> – Madame Maïguyem GOLSALA, coordinatrice de la Mission de contrôle, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris, – Madame Dalhia ELENGA, inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France, – Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet Secteur Personnes Agées, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France	
<u>Textes de référence</u>	- Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles - Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique - Article L.1435-7 du Code de la santé publique

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	7
Contexte de la Mission du contrôle	7
Modalités de mise en œuvre	7
Présentation de l'établissement	8
Constats	10
Gouvernance	11
Conformité aux conditions de l'autorisation	11
Management et Stratégie	12
Animation et fonctionnement des instances	16
Gestion de la qualité	18
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	24
Fonctions support	27
Gestion des ressources humaines	27
Prises en charge	45
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	45
Respect des droits des personnes	48
Soins	50
Relations avec l'extérieur	54
Coordination avec les autres secteurs	54
Récapitulatif des écarts et des remarques	55
Conclusion	57
Glossaire	59
Annexes	60
Annexe 1 : Lettre de Mission des agents chargés du contrôle	60
Annexe 2 : Liste des documents demandés	62

Synthèse

Données générales sur l'établissement

Nom	Résidence santé Cousin de Méricourt	Capacité hébergement permanent	227
Adresse	15 avenue Cousin de Méricourt	Places habilitées aide sociale	227
Arrondissement	94230 Cachan	Présence d'une UVP	OUI
Gestionnaire	CASVP	Places en UHR	NON
Statut juridique	Public	Places en PASA	NON

L'établissement a signé un CPOM en 2023

Eléments déclencheurs de la Mission

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Le contrôle a été lancé le 20 septembre 2024 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé à la même date. La délégation départementale de l'ARS et le conseil départemental ont été informés du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision.

L'analyse a porté sur les constats faits uniquement sur pièces. La quasi-totalité des documents demandés a été transmise par la Direction de l'établissement et dans les délais impartis.

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

Points positifs de l'établissement relevés par la Mission

GOUVERNANCE

- Un projet d'établissement conforme à la réglementation,
- Des protocoles de soins complets,
- La diffusion annuelle des enquêtes de satisfaction,

FONCTIONS SUPPORT

- Une équipe soignante ancienne, ce qui traduit une stabilité de l'équipe,
- Un plan de développement des compétences proposant plusieurs formations,

PRISE EN CHARGE

- La régularité des réunions CVS qui est informé des EI/EIG,
- L'intervention de nombreux bénévoles,
- L'ensemble des résidents est suivi par un médecin traitant,

Principaux écarts et remarques constatés par la Mission

Ecart majeur :

- L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur,

Ecart :

- Le taux d'occupation de l'établissement est inférieur à 95%,
- Le plan bleu de l'établissement n'est pas conforme à la réglementation,
- L'établissement n'a pas transmis tous les arrêtés de nominations et inscriptions à l'Ordre National des Infirmiers des cadres de santé de l'EHPAD,
- Tous les relevés de conclusion ne sont pas systématiquement signés par le président du CVS et ne font pas mention du secrétaire de séance,
- L'absence d'identification permettant de vérifier si les avis valablement émis respectent la supériorité du nombre des représentants des personnes accompagnées, de leurs familles et représentants légaux à la moitié des membres,
- L'absence de PACQ et d'un COPIL qualité ne permet pas un développement optimal d'une prise en charge pour les personnes accueillies et du bon fonctionnement de l'établissement,
- Le dernier rapport d'évaluation externe établi en 2014 est obsolète,
- Un évènement dont les faits relèvent de l'EIG a été classé comme EI dans le suivi de l'établissement,
- Les plannings montrent que les effectifs soignants sont insuffisants dans certaines unités de l'EHPAD, ce qui ne garantit pas la sécurité des personnes accueillies,
- L'absence de différenciation des tâches d'aide-soignante et des AMP entraîne un glissement de tâches entre ces deux professions,
- La procédure transmise par l'établissement ne permet pas de garantir la participation directe du résident à l'élaboration de son PAP,
- Moins de la moitié des résidents présents le jour du contrôle dispose d'un PAP à jour,
- Le résident se voit attribuer un médecin traitant salarié de l'établissement en fonction de son bâtiment et non par choix,
- L'établissement n'ayant pas transmis les documents demandés, la Mission ne peut s'assurer du suivi mensuel des pesées et de l'état nutritionnel des personnes accueillies,

Remarques :

- L'organigramme de l'établissement ne traduit pas les liens fonctionnels et n'indique pas les ETP des personnels.
- Le règlement intérieur du CVS ne précise pas l'obligation de présentation des dysfonctionnements et des événements indésirables.
- Le courrier d'engagement dans la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance des personnes âgées ne reprend pas la définition de la maltraitance de 2022.
- La démarche de lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil.
- Le règlement de fonctionnement de l'établissement ne mentionne pas l'obligation d'informer la direction de toute situation réelle ou supposée de maltraitance de la part des résidents comme des salariés.
- L'établissement ne dispose pas de procédure spécifique aux situations de violences ou d'harcèlement sexuel.
- La Mission n'a pu établir que les actions d'amélioration issues des enquêtes de satisfaction étaient inscrites dans le PACQ.
- Toutes les plaintes et réclamations de l'établissement ne sont pas répertoriées dans le tableau de suivi dédié.
- Les plans de développement des compétences ne comportent pas de formations relatives aux EI.
- Aucun élément transmis à la Mission ne permet de montrer que les mesures prises dans le cadre des déclarations d'EI/EIG sont incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité.
- L'établissement n'a transmis aucun RETEX pour les EIG survenus en 2024.

- Un agent figurant dans le tableau des effectifs n'a pas de fonction identifiée.
- Les dates d'arrivée et de sortie ne sont pas systématiquement renseignées dans le tableau des effectifs.
- L'établissement n'a pas transmis le plan de développement de compétences N-1.
- Peu de professionnels ont été formés sur la bientraitance.
- Le plan de formation ne comporte pas de formation relative au repérage de la maltraitance.
- Il n'existe pas de protocole spécifique à l'accueil des nouveaux arrivants au sein de l'établissement.
- Les plannings des équipes IDE de jour et de nuit n'ont pas été transmis.
- La fiche de tâches horaires des ASO n'a pas été transmise.
- Le projet d'établissement ne fait pas apparaître l'effectif cible intervenant la nuit.
- Il n'existe pas de procédure relative à la gestion des absences inopinées pour l'équipe soignante
- Le tableau récapitulant les diplômes AS-IDE ne mentionne pas l'inscription effective à l'Ordre national des infirmiers et n'inclut pas la totalité des soignants intervenant la nuit
- La procédure « annexe au contrat de séjour » n'est pas signée.
- L'établissement n'a pas transmis d'indicateurs permettant d'évaluer la qualité du système d'appels malade.

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

Introduction

Contexte de la Mission du contrôle

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD « « Résidence Santé Cousin de Méricourt », situé au 15 avenue Cousin de Méricourt, 94230 Cachan, FINESS n°940803356, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines (RH)

PRISE EN CHARGE

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

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 20 septembre 2024, avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 20 septembre 2024. Un e-mail a été transmis à la direction le 20 septembre 2024, auquel étaient joints :

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

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

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

La délégation départementale de l'ARS et le conseil départemental ont été informés du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision.

Présentation de l'établissement

Situé au 15 avenue Cousin de Méricourt, 94230 Cachan, l'établissement « Résidence Santé Cousin de Méricourt » est un EHPAD géré par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, situé au 5 boulevard Diderot 75012 Paris.

Ouvert en 1980, l'EHPAD «Cousin de Méricourt» dispose de 227 places en hébergement permanent. Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS du 27 septembre 2016, le GMP de l'établissement s'élève à 12,5 et le PMP est à 12,5. Aussi, le GMP de l'EHPAD est légèrement au-dessus de la moyenne des chiffres médians régionaux¹.

Les 201 résidents accueillis au moment du contrôle étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD Résidence Santé Cousin de Méricourt					
IDF ² 2021	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Plus précisément, la distribution des unités est la suivante en septembre 2024 :

Le budget de fonctionnement (hors hébergement, car non communiqué par l'établissement) est de 6 650 394 € en 2023, dont 770 403,00 € au titre de la dépendance et 5 879 991,00€ au titre du soin.

Le CPOM a été signé le 12/01/2023 Ses principaux objectifs sont :

- Diversifier l'offre et renforcer la coordination avec les partenaires sanitaires et médico-social,
- Simplifier le parcours de vie des personnes et faire évoluer l'accompagnement des usagers,
- Amélioration de la performance des établissement et projet d'investissement.

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

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

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Résidence Santé Cousin de Méricourt		
Nom de l'organisme gestionnaire	CASVP		
Numéro FINESS géographique	940803356		
Numéro FINESS juridique	750720583		
Statut juridique	Public		
Option tarifaire	Tarif global		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Oui		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ³	227	227
	HT ⁴		
	UVP ⁵	34	
	PASA ⁶		
	UHR ⁷		
	UPHV ⁸		
	AJ ⁹		
	AN ¹⁰		
	PFR ¹¹		
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	227		

³ Hébergement permanent

⁴ Hébergement temporaire

⁵ Unité de vie protégée / unité protégée

⁶ Pôle d'activité et de soins adaptés

⁷ Unité d'hébergement renforcée

⁸ Unité pour personnes âgées vieillissantes

⁹ Accueil de jour

¹⁰ Accueil de nuit

¹¹ Plateformes d'accompagnement et de répit

Constats

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

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

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

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation L'établissement a transmis une liste de résidents présents au jour du contrôle. Au total, l'établissement accueille [REDACTED] résidents sur les 227 places autorisées, soit un taux d'occupation de 88,55%. Le taux d'occupation de l'établissement est donc inférieur à [REDACTED].	Écart 1 : Le taux d'occupation de l'établissement est inférieur à 95% ce qui contrevient à l'article L313-4 du CASF.
1.1.3.1	Répartition des résidents en fonction du GIR D'après la liste de résidents transmise par l'établissement, la répartition des GIR au jour du contrôle est la suivante : - GIR 1 à 3 : [REDACTED] des résidents, - GIR 1 et 2 : [REDACTED] % des résidents. Ces proportions sont conformes à la réglementation.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<u>Règlement de fonctionnement</u>	
1.2.1.1	La direction a transmis le règlement de fonctionnement adopté par délibération du Conseil d'Administration du CASVP le 10 octobre 2019, après avis du Comité Technique du 2019 et consultation des conseils de la vie sociale des EHPAD.	
	<u>Contenu du règlement de fonctionnement</u>	
1.2.1.2	L'ensemble des éléments attendus sont présents dans le règlement de fonctionnement (respect des droits des personnes prises en charge, modalités d'association des familles, organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, sûreté des personnes et des biens).	
	<u>Projet d'établissement</u>	
1.2.1.4	L'établissement a transmis un projet d'établissement pour la période 2024-2028. Le projet indique avoir été validé au COPIL du 16 septembre 2024, mais que le plan d'actions est à finaliser en lien avec l'évaluation HAS et les services du CASVP. Il mentionne qu'il a été élaboré en s'appuyant sur des groupes de travail reprenant les thématiques HAS ainsi qu'avec le conseil de la vie sociale de l'établissement.	
	<u>Contenu du projet d'établissement</u>	
1.2.1.5	Le contenu du projet d'établissement est conforme à la réglementation et comporte les éléments suivants : - Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement), - Présentation des enjeux et Mission, - Caractéristiques des personnes accueillies, - Nature de l'offre de service et organisation, - Management de l'EHPAD, - Projet social et logistique, - Personnalisation des PVI, - Projet général de soins incluant la prise en charge médicamenteuse élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège le projet de soins,	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Bientraitance et prévention de la maltraitance, - Projet d'animation (le projet est validé et diffusé), - Perspectives d'évolution et de développement, - Evaluation avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs. Le contenu du projet d'établissement est conforme à la réglementation.	
1.2.1.6	Plan bleu L'établissement a transmis son plan bleu de 2023 ainsi que les annexes liées notamment au Plan de Continuité de l'Activité. Le plan bleu comporte : - Une procédure en cas de rupture de flux (électricité, eau potable...), - Une procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement, - Une procédure de gestion des décès massifs. Le plan bleu transmis ne contient pas : - De procédure du rappel du personnel, - De procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan. Il n'est pas conforme aux textes en vigueur.	Écart 2: Le plan bleu de l'établissement n'est pas conforme à la réglementation, ce qui contrevient à l'article D312-160 du CASF.
1.2.2.1	Directeur de l'établissement et organigramme de la structure Un directeur est en poste dans l'établissement, il est également directeur d'une résidence autonomie du CASVP. L'établissement a transmis un organigramme à jour qui indique les postes de directeur, de médecin coordonnateur (vacant) avec le pôle médical, la cadre supérieure de santé avec le pôle soins et les auxiliaires médicaux, la direction des ressources avec la directrice adjointe et les pôles administratif, logistique et hôtelier, ainsi que les psychologues. L'organigramme indique partiellement les liens hiérarchiques, mais ne traduit pas les liens fonctionnels et n'indique pas les ETP des personnels renseignés.	Remarque 1: L'organigramme de l'établissement ne traduit pas les liens fonctionnels et n'indique pas les ETP des personnels.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<u>Fiche de poste/Lettre de Mission du directeur</u> L'établissement a transmis deux fiches de postes, la première datant de 2017 et la seconde de 2024, pour le poste de « Directeur de l'EHPAD Cousin de Méricourt et de la Résidence Autonomie de l'Aqueduc ». Les Missions principales attachées au poste sont les suivantes : – Encadrer et manager les équipes, – Piloter la politique de la qualité de l'EHPAD dans tous les aspects de la vie de l'établissement, – Piloter les ressources de l'établissement, – Être le garant d'une communication interne et externe apaisée, – Dynamique et porteuse de mieux être, – Participer aux réunions du service EHPAD du CASVP.	
1.2.2.6		
	<u>Diplômes du directeur</u> L'établissement a transmis les diplômes du directeur en poste qui sont conformes aux attendus réglementaires.	
1.2.2.7		
	<u>Astreintes administratives</u> L'établissement a transmis une procédure d'astreinte administrative en date du 23 septembre 2024 ainsi que les listes de contact à joindre en cas de problème.. Les astreintes en place dans l'établissement durent du vendredi 12h au vendredi suivant à 12h. D'après les plannings transmis, les personnels faisant des astreintes sont : le directeur, les deux directrices adjointes, une cadre de santé et le cadre hôtelier.	
1.2.2.8		
	<u>Délégation de pouvoirs</u> L'établissement a transmis les arrêtés de délégation concernant le directeur de l'établissement.	
1.2.2.10		

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Présence et qualifications des cadres de santé L'établissement dispose de deux cadres de santé, dont une est en poste depuis le [REDACTED] et d'une cadre supérieure de santé qui est indiquée comme « Directrice adjointe des soins » dans le document de suivi des effectifs. L'établissement a transmis les fiches de poste de cadre de santé et de directrice adjointe en charge des soins : - Le cadre supérieur de santé : les arrêtés de nomination, le diplôme d'IDE et le diplôme de cadre de santé. L'inscription à l'Ordre n'a pas été transmise. - La cadre de santé avec le plus d'ancienneté : le diplôme d'IDE, le diplôme de cadre de santé, l'inscription à l'Ordre. L'arrêté de nomination n'a pas été transmis. - Pour la cadre de santé entrée en fonction le [REDACTED] le diplôme d'IDE et le diplôme de cadre de santé. L'arrêté de nomination et l'inscription à l'Ordre n'ont pas été transmis.	Écart 3 : L'établissement n'a pas transmis tous les arrêtés de nominations et inscriptions à l'Ordre National des Infirmiers des cadres de santé de l'EH PAD, ce qui contrevient à l'article R4112-1 du CSP.
	Présence et temps de travail du médecin coordonnateur L'établissement a transmis les documents du médecin coordonnateur ayant quitté ses fonctions à la suite d'un [REDACTED] L'organigramme transmis indique que le poste est vacant depuis le 15 mai 2024.	Écart 4 : L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.
1.2.2.15	Qualifications du médecin coordonnateur Il n'y a, actuellement, pas de médecin coordonnateur en poste dans l'établissement.	

N°IGAS	Conseil de la Vie Sociale	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'établissement a mis un place un CVS. La Mission n'a pas connaissance de la date des dernières élections. Le CVS est composé de : - 3 représentants des personnes accueillies « titulaires » et 6 « suppléants », - 2 représentants des familles et des représentant légaux « titulaires » et de 4 « suppléants », - 3 représentants du personnel « titulaires » et de 2 « suppléants », - 1 représentant de l'organisme gestionnaire et 1 suppléant. La composition est conforme à la réglementation. La durée du mandat des membres du conseil de la vie sociale est fixée à 3 ans, renouvelable. 5 comptes-rendus ont été transmis, ainsi que les diaporamas de présentation. Les sujets abordés lors des réunions sont variés : - Le nouveau collègue des représentants du personnel, - Le rapport d'activité 2022 : focus sur l'enquête de satisfaction et sur les événements indésirables, - L'évaluation interne et externe 2023, - Le programme d'animation et événements artistiques et culturels (jusqu'à l'été 2023, de l'été 2023, de la fin d'année 2023, été 2024 et 2^{ème} semestre 2024), - Les tarifs hébergement 2023, - L'appel à projet 2023 : culture et santé, être bien chez soi, - Le réaménagement du grand restaurant, - L'information sur les nouveaux arrivants, - Le temps d'animation à compter du 1er mai 2023, - L'information réouverture Diamina, - Le plan canicule, - Le point qualité sur les événements indésirables du 2^{ème} trimestre 2023, - L'inspection ARS IDF dans le cadre du risque de légionelles, - L'enquête de satisfaction 2023 (calendrier et méthodologie), - Le plan d'Aide à Investissement/ dispositif de géolocalisation, - La mutualisation des IDE de nuit,		
1.3.3.1			Écart 5 : Tous les relevés de conclusion ne sont pas systématiquement signés par le président du CVS et ne font pas mention du secrétaire de séance, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D311-20 du CASF.
			Écart 6 : L'absence d'identification permettant de vérifier si les avis valablement émis respectent la supériorité du nombre des représentants des personnes accompagnées, de leurs familles et représentants légaux à la moitié des membres, contrevient à l'article D311-17 du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Le rapport d'activité 2023 : synthèse et indicateurs principaux, - Les résultats de l'enquête de satisfaction 2023, - Les points institutionnels et fonctionnement 2024 : tarifs 2024, mouvements dans les services, travaux programmés, - La présentation du calendrier et méthodologie/évaluation externe et projet d'établissement, - La présentation du projets 2024 /les animations et les évènements culturels et artistiques, - L'évaluation externe le 19 et 20 septembre, - La revue des EIG déclarés à l'ARS et CD 75 au 1^{er} semestre 2024, - Le nouveau marché de restauration TRANSGOURMET, - La carte d'accueil des animaux de compagnie des résidents en EHPAD. Un temps de questions est prévu dans chaque réunion. Le règlement de fonctionnement a fait l'objet d'une consultation par le CVS. D'après le règlement intérieur transmis, le Président du CVS fixe l'ordre du jour des séances. Les convocations sont envoyées par courrier au moins 15 jours avant. Il précise que le secrétaire de séance, désigné à l'ouverture de la séance et assisté par un membre du personnel, désigné par le directeur, établissent le relevé de conclusions. Le règlement intérieur a été signé par le Président du CVS, le Président suppléant et le Directeur de l'EHPAD en date du 30 septembre 2022. D'après les compte-rendu fournis, le CVS s'est réuni trois fois en 2023 et deux fois en 2024 au jour du contrôle. Ces compte-rendu n'ont pas été signé par le Président et ne précisent pas le nom du secrétaire de séance. Le CVS valide quasi systématiquement le procès-verbal et le relevé de conclusion en début de séance (dans 4 CR sur 5) avec le nombre de voix correspondants. Les membres votants ne sont pas clairement identifiés, ce qui ne permet pas de s'assurer que le nombre des représentants des personnes accueillies et de leur famille ou de leurs représentants légaux, est supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil. A la lecture des CR, la Mission constate que les membres ne sont pas systématiquement désignés par collège, il n'existe pas de distinction entre les membres titulaires et les suppléants régulièrement précisé. Les membres de droit et les membres invités ne sont pas toujours différenciés. Ces relevés de conclusion ne font pas apparaître les points à l'ordre du jour et ceux faisant l'objet d'une consultation pour avis et ceux pour information, avec les votes correspondants.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Présentation des EI et dysfonctionnement en CVS	
	Les événements indésirables et les dysfonctionnements sont abordés lors des CVS avec une analyse qualitative et quantitative des EI dans la majorité des séances : une revue de l'année 2022 (CR 20/04/2023), du 1 ^{ère} trimestre 2023 (29/06/2023) et pour le 1 ^{er} semestre 2024 (CR du 26/06/2024).	
1.3.3.2	La Mission constate dans le CR du 29/06/2023 que les EI du 1 ^{er} trimestre 2023 sont présentés et non ceux du 2 ^{ème} trimestre, comme indiqué dans l'intitulé du paragraphe (point qualité « événements indésirables du 2 ^{ème} trimestre 2023).	
	La Mission constate que le règlement intérieur du CVS ne fait pas mention de la présentation obligatoire des EIG/réclamations en CVS.	Remarque 2 : Le règlement intérieur du CVS ne précise pas l'obligation de présentation des dysfonctionnements et des événements indésirables.

Gestion de la qualité

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Démarche qualité	
	L'établissement n'a pas établi son Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ). Il a transmis un plan d'action de la Démarche d'Analyse et Maîtrise du Risque Infectieux (DAMRI) du 01/03/2024.	
1.4.1.7	Dans son projet d'établissement en cours, il fait état de 5 objectifs concernant la démarche qualité et la gestion des risques (p.51/52) : - Respecter les normes relatives à la sécurité incendie, - Promouvoir la bientraitance et organiser la lutte contre la maltraitance, - Améliorer une démarche d'amélioration des événements indésirables (EI) et la gestion des risques, - Promouvoir une démarche d'amélioration continue de la qualité, - Prévenir et traiter les infections. Les objectifs et le plan d'action de la démarche continue de la qualité sont présentés dans le tableau ci-dessous :	Écart 7 : L'absence de PACQ et d'un COPIL qualité ne permet pas un développement optimal d'une prise en charge pour les personnes accueillies et du bon fonctionnement de l'établissement, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.

N°IGAS

Observations ou commentaires

Constat E/R

Objectifs:

Partager facilement les informations et procédures qualité (cartographie des risques, plans d'amélioration, tous documents utiles) avec l'ensemble des agents

Actions	Pilotes	Echéances	Priorité (1/2/3)	Indicateurs d'évaluation
Déployer l'utilisation du logiciel Ageval pour que tous les agents systématisent son utilisation : accès, formation	Direction	2024/2028	1	Nombre d'agents utilisateurs d'AGEVAL, nombre d'EI déclarés sur AGEVAL
Recruter un cadre ou ingénieur dédié qualité	Direction	2025	1	Recrutement effectif

Le rapport d'activité 2023 fait état de la mise en place d'un Comité Qualité/Gestion des Risques (CQGR) créé en 2003 composé de 11 membres permanents (directeur, directeur adjoint, médecin coordonnateur, cadre supérieur de santé, cadres de santé, responsable de la qualité hôtelière, responsable de la comptabilité et des achats, responsable logistique, responsable de la cuisine, responsable technique) et peut faire appel à des référents qualité, en fonction de l'ordre du jour. A la lecture du rapport d'activité, ce comité ne s'est pas réuni depuis 2021.

Deux feuilles d'émargement (14/06/2024 et 11/07/2024) identifient la tenue d'un COPIL Qualité, spécifique à la préparation de l'évaluation HIAS. Ce comité a réuni 6 personnes accueillies, un stagiaire de direction, le cadre de santé, deux psychologues, la coordinatrice animation, le directeur, la directrice adjointe aux ressources, le secrétariat et le responsable du service des admission, de la qualité hôtelière et de la régie.

En l'absence de PACQ transmis et de la tenue irrégulière d'un COPIL Qualité, la Mission ne peut s'assurer qu'une démarche d'amélioration continue de la qualité est mise en œuvre.

Le rapport d'activité 2023 indique que l'entretien des locaux d'habitation et locaux communs et l'entretien du linge hôtelier sont externalisés. Concernant l'entretien des locaux, il est indiqué qu'« un contrôle contradictoire sur la qualité de la prestation » est réalisé par le cadre hôtelier en présence d'un représentant de la société,

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	sans préciser la fréquence. L'existence d'une démarche de contrôle qualité pour le linge plat n'est pas mentionné.	
1.4.2.1	<u>Évaluations internes et externes</u> Une évaluation externe a été réalisée en 2014 et une évaluation interne datant de 2018 ont été transmises à la Mission. Il apparaît que l'établissement n'a pas procédé à une nouvelle évaluation externe depuis 2019. Une autoévaluation a eu lieu de mai à juillet 2024 réunissant des COPIL et groupes de travail en vue de l'évaluation externe prévues les 19 et 20 septembre 2024 (date du contrôle). L'évaluation externe de 2014 a été transmise aux autorités compétentes.	<u>Écart 8 :</u> Le dernier rapport d'évaluation externe établi en 2014 est obsolète, ce qui contrevient à l'article L312-8 du CASF.
1.4.3.1	<u>Politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance</u> La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est formalisée dans le Projet d'Etablissement (p.50/51). Les objectifs et le plan d'action sont présentés ci-dessous :	<u>Remarque 3 :</u> Le courrier d'engagement dans la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance des personnes âgées ne reprend pas la définition de la maltraitance de 2022. <u>Remarque 4 :</u> La démarche de lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil.

Objectifs :

- Développer une culture de la bientraitance, et s'assurer que ce soit un sujet de vigilance permanent pour chaque professionnel
- Mettre en place la tenue régulière des comités éthique

Actions	Pilotes	Echéances	Priorité (1/2/3)	Indicateurs d'évaluation
Diffuser le guide interne sur la prévention de la maltraitance	Direction	2025	1	Guide validé et diffusé ; remise lors des embauches
Sensibiliser les professionnels au respect de la charte des droits et libertés de la personne accueillie	Psychologue du personnel	2024/2028	1	Nombre de professionnels sensibilisés, émargement
Faire des audits de bonnes pratiques sur la conduite des agents : respect de la dignité lors des soins, dans la	Cadre de santé	2024/2028	1	Nombre d'audits réalisés

CAS VP - EHPAD Cousin de Méricourt – Projet d'établissement 2024 / 2028 – COPIL du 13/09/24- Page 50 sur 54

vie au sein de l'EHPAD	Direction	2024/2028	1	Ratio nombre de Retex / nombres de signalements
Signaler tout acte de maltraitance à l'ARS et la DSOL, et organiser des retours d'expérience suite aux déclarations de maltraitance				
Sensibiliser les professionnels à l'existence du numéro 3977 pour signaler les situations de maltraitance	Cadres de santé	2024/2028	1	Affichage, transmissions

Remarque 5 : Le règlement de fonctionnement de l'établissement ne mentionne pas l'obligation d'informer la direction de toute situation réelle ou supposée de maltraitance de la part des résidents comme des salariés.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le projet d'établissement indique l'existence d'un fond documentaire et une culture du signalement important, sans apporter en plus de précisions. Le Projet d'Etablissement (PE) étant récent, la Mission n'est pas en mesure de contrôler les actions mises en place. L'établissement a transmis des documents complémentaires : -Un courrier d'engagement dans la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance des personnes âgées signé en janvier 2014 par la Directrice, le Directeur Adjoint et le MEDCO. Ce document rappelle le contexte du numéro 3977 et la notion de maltraitance. Il est obsolète compte tenu de la nouvelle définition de la maltraitance visée par l'article L119-1 du CASF. -Un document PDF de 11 pages, non daté, qui présente les éléments pour le plan d'action : promouvoir la bientraitance et prévenir contre la maltraitance en vue de l'évaluation externe. Le fichier est sourcé du logiciel métier et reprend la définition de la bientraitance, les grands principes pour la mettre en œuvre, les outils de promotion et d'acculturation à la bientraitance avec l'outil du logiciel métier. Copil bientraitance Un Comité de la Promotion de la Bientraitance (CPB) a été créé dans l'établissement en 2008. La fréquence des réunions envisagée est d'au moins 2 fois par an. Le PE et le rapport d'activité évoque des difficultés à mettre en œuvre des réunions de manière régulière et formalisée durant la période 2019 à 2022. Livret d'accueil La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil. Il ne figure pas la présentation du numéro d'appel 3977. Règlement de fonctionnement Le règlement de fonctionnement rappelle que les faits de violence physique ou verbale sur des résidents ou des professionnels peuvent entraîner une procédure administrative et/ou judiciaire, mais ne mentionne pas l'obligation d'informer la direction de toute situation réelle ou supposée de maltraitance de la part des résidents comme des salariés. Plan de développement des compétences L'établissement a transmis deux plans de développement des compétences 2024, un incluant le plan de formation et l'autre hors plan de formation où figure une formation sur la bientraitance :	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	-Une formation sur la « bientraitance et adhésion de la personne accompagnée à son projet d'accompagnement personnalisé » à destination de 50 agents, 17 agents y sont inscrits. Une autre sur la « bientraitance – réservée aux soignants » doit être dispensée auprès de 9 soignants par un organisme externe. Le rapport d'activité 2023 indique que 10 agents ont suivi cette formation. La Mission ne peut s'assurer que les professionnels bénéficient d'un GAPP (Groupe d'Analyse des Pratiques Professionnelles) par un professionnel externe.	
1.4.3.2 1.4.3.3	<u>Procédures de signalements des situations de violences, d'harcèlements sexuels ou d'agressions</u> L'établissement a transmis deux procédures. Une procédure de prévention et de traitement des faits de maltraitance en EHPAD datant de décembre 2018, rédigée par le SEHPAD (Service EHPAD du CASVP) définissant la notion de maltraitance de 1987 et décrivant la procédure à suivre. Une autre procédure « à mettre en place en cas d'usager difficile ou violent » du 04/01/2016 a également été transmise. Elle est spécifique à l'accueil en section d'arrondissement et non à l'accueil en l'EHPAD. L'établissement n'a pas de procédure spécifique aux situations d'harcèlements sexuels ou d'agressions. La procédure EI/EIG datant de mars 2022, mentionne l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales où la déclaration de ces situations est abordée. S'il n'y pas mention de l'article L.313-24 du CASF, la charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables, annexée à la procédure de gestion des EI/EIG, précise que le professionnel signalant ne sera pas sanctionné tant qu'il n'a pas manqué délibérément aux règles de sécurité ou aux bonnes pratiques professionnelles. Un livret, non daté, portant sur le harcèlement et les discriminations et à destination des agents du CASVP a été transmis à la Mission. Ce livret n'est pas spécifique à l'établissement. Une extraction des plaintes et EI de 2023 au 20/09/2024 enregistrés dans le logiciel métier a été transmis. Ce document ne mentionne pas de faits de maltraitance.	Remarque 6 : L'établissement ne dispose pas de procédure spécifique aux situations de violences ou d'harcèlement sexuel.

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Enregistrement, traitement et suivi des plaintes/enquêtes de satisfaction	
	L'établissement a transmis les études de satisfaction 2022 et 2023 pour les familles et résidents ainsi qu'une synthèse des enquêtes de satisfaction de 2019 à 2023. Il ressort des résultats de ces enquêtes que :	
	– Les items avec le plus faible pourcentage de satisfaction chez les familles sont, particulièrement en 2022 et 2023, l'information médicale et le consentement [REDACTED], les soins [REDACTED] la restauration [REDACTED], l'entretien du linge [REDACTED] et l'animation [REDACTED] – Pour les résidents, les items avec le plus faible pourcentage de satisfaction sur la même période sont l'information médicale et le consentement [REDACTED], l'animation [REDACTED] la communication institutionnelle [REDACTED]	Remarque 7 : L'établissement ne disposant pas d'un PACQ, les actions d'amélioration issues des enquêtes de satisfaction ne peuvent y être intégrées.
1.5.1.1	Si le projet d'établissement en cours détaille les actions que l'établissement veut mettre en place pour certains de ces items (soins, animation, restauration, linge), celles-ci ne sont pas tracées dans le PACQ de l'EHPAD. Pour l'enregistrement et le traitement des plaintes et réclamations, l'établissement a transmis un scan du cahier physique des réclamations, le registre des plaintes et réclamations physiques et par mail, le compte rendu des trois dernières réclamations traitées ainsi qu'un communiqué de la direction appelant à la vigilance des personnels de l'établissement par rapport aux vols ayant eu récemment lieu dans l'EHPAD. Tous ces documents concernent des plaintes et réclamations de 2024. La copie du registre physique permet de vérifier que la direction de l'établissement répond au maximum sous trois jours à la personne et détaille les mesures mises en place pour corriger l'objet de la plainte ou réclamation. Le registre des réclamations manuscrites ou reçues par courriel indique la date, le déclarant, la modalité de réception, l'objet de la plainte/réclamation, la date de confirmation de réception, l'objet de la réponse et si la demande est clôturée. L'établissement n'a pas transmis les échanges concernant les plaintes ou réclamations traitées par mail. Les échanges n'ont pas été transmis pour les trois dernières réclamations traitées, de plus, la réclamation du [REDACTED] n'est pas répertoriée dans le tableau de suivi des plaintes et réclamations.	Remarque 8 : Toutes les plaintes et réclamations de l'établissement ne sont pas répertoriées dans le tableau de suivi dédié.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Déclaration des EI/EIG L'établissement a transmis la procédure de signalement des EI/EIG/plaintes du CASVP, datant de mars 2022, la procédure de signalement des EIAS/EIGS du CASVP de 2019, un logigramme pour la déclaration des EI/EIG, des supports de sensibilisation à la déclaration ainsi que les feuilles de présence à un temps de diffusion de la procédure de signalement des EI/EIG/plaintes du CASVP en 2022. La procédure de signalement du CASVP prévoit le déroulé de la déclaration d'un EI, d'un EIG ou d'une plainte aux autorités compétentes. Pour les EI et les plaintes, tout témoin les remonte au cadre de santé ou à la direction. Les plaintes et signalements sont enregistrés dans le logiciel de l'établissement et les EI sont déclarés afin d'en analyser les faits et d'assurer la bonne mise en place des actions correctrices nécessaires. Une charte d'incitation à la déclaration est annexée à la procédure. Pour les EIG, ou les dysfonctionnements graves, le témoin ou l'auteur doit le signaler directement à l'encadrant à proximité qui prévient à son tour la direction après avoir mis en place toutes les mesures conservatoires nécessaires. La direction doit alors contacter le service EHPAD du CASVP afin de réaliser la déclaration de l'EIG et transmettre le document à l'ARS et la Ville de Paris. Un rapport circonstancié est rédigé pour regrouper les informations sur l'EIG, son déroulé, les mesures engagées et l'information aux personnes ou services concernés (familles, représentants légaux, gendarmerie, ...). Un retour d'expérience est organisé dans les trois mois. Aucune formation relative à la classification ou l'identification des EI/EIG n'est inscrite au plan de développement des compétences.	Remarque 9 : Les plans de développement des compétences ne comportent pas de formations relatives aux EI.
1.5.1.3	Analyses et suivi des EI/EIG L'établissement a transmis les déclarations suivantes :	Remarque 10 : Aucun élément transmis à la Mission ne permet de montrer que les mesures prises dans le cadre des déclarations d'EI/EIG sont incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	[REDACTED] Si les fiches de signalement ont été transmises, tous les signalements n'apparaissent pas dans la base de données des autorités de tutelle. De plus, d'après le récapitulatif des plaintes et EI enregistrés sur le logiciel de l'établissement, un EIG est survenu [REDACTED] dans l'établissement, a été enregistré sur la « plateforme ARS », mais ne figure pas dans les fiches EIG transmises. L'évènement du [REDACTED] est classé comme EI dans le logiciel de l'établissement alors que cela relève d'un EIG.	<u>Écart 9 :</u> Un évènement dont les faits relèvent de l'EIG a été classé comme EI dans le suivi de l'établissement, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.
1.5.1.6	<u>Signalements et transmission des RETEX</u> L'établissement a transmis des retours d'expérience pour les EI/EIG du premier trimestre 2023, concernant [REDACTED] Si les documents du retour d'expérience de 2023 transmis contiennent les récapitulatifs des faits, une analyse des causes et des actions mises en place ainsi que celles à déployer pour éviter le renouvellement de l'évènement, aucun RETEX n'a été transmis pour les EIG survenus en 2024.	<u>Remarque 11 :</u> L'établissement n'a transmis aucun RETEX pour les EIG survenus en 2024.

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS

Observations ou commentaires

Constat E/R

Effectifs

L'établissement a transmis :

- Une liste des agents présent au 1^{er} janvier 2022,
- Une liste des agents présent au 1^{er} janvier 2023,
- Un tableau de suivi des effectifs datant de janvier 2024,
- Un tableau effectifs budget prévisionnel de 2024,
- Un organigramme.

Voici la répartition des effectifs par fonction en date du contrôle :

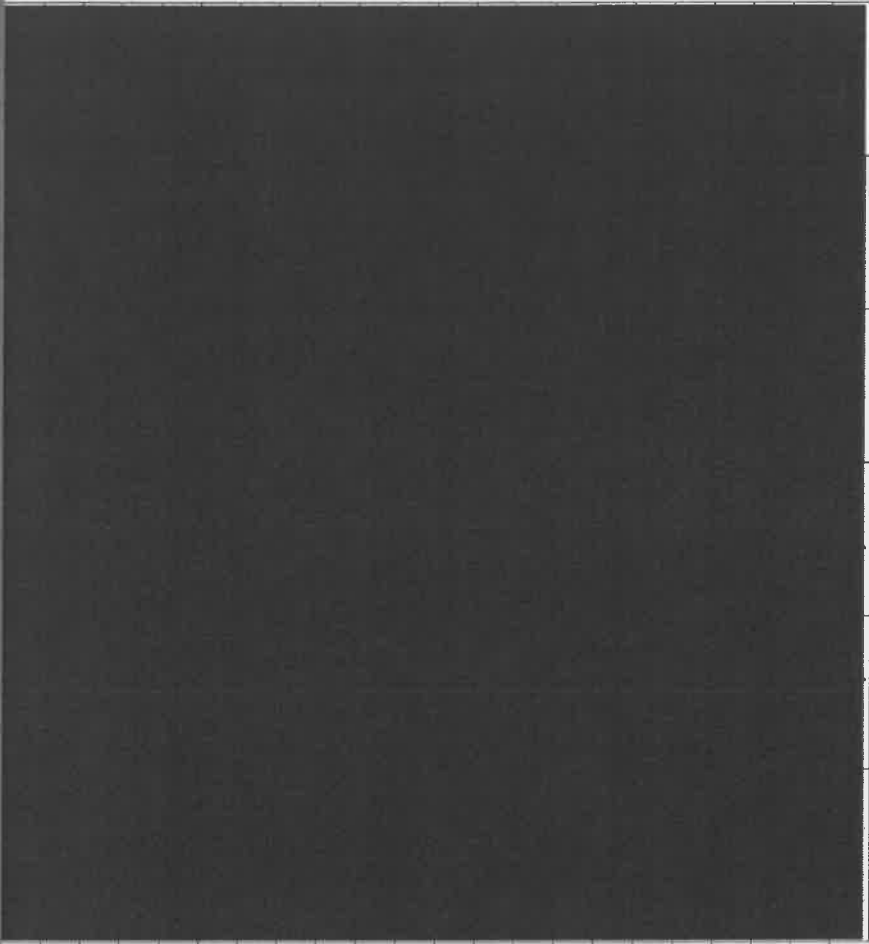
FONCTIONS	Nbr physique	ETP budg	ETP réel	Ecart ETP	Vacant	Absent
Directeur						
Directeur adjoint aux ressources						
Directeur adjoint aux soins						
Secrétariat						
ASO Accueil						
SLRH						
CESF						
Admission						
Animation						
Economat						
Cadre hôtelier						
Chef de Cuisine						
Agent de maîtrise						
Second de cuisine						
AT cuisine						
ASO Cuisine						

Remarque 12 : Un agent figurant dans le tableau des effectifs n'a pas de fonction identifiée.

Remarque 13 : Les dates d'arrivée et de sortie ne sont pas systématiquement renseignées dans le tableau des effectifs.

2.1.1.1

ASO restaurant
Chef Ateller
AT Entretien
AT Electricien
AT Electricien général
Chef magasin
AT Magasin
ASO Magasin
ASO lingerie
Cadre de santé
Infirmier
Infirmier de nuit
AS
ASO chevet
Coiffeuse
Esthéticienne
MEDCO
Médecin
Psychologue résidents
Psychologue salariés
Pédicure



L'équipe pluridisciplinaire est composée de [redacted] professionnels pour [redacted] ETP.
Trois postes sont financés par le « budget général » : un ASO cuisine, un AT magasinier et une aide-soignante. Le poste IDE de nuit est partagé avec un autre établissement du CASVP.

Trois agents sont actuellement absents : un agent de maîtrise suite [redacted], un AT électricien général et un infirmier.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R												
	Les postes vacants identifiées, par la Mission, sont les suivants : - 1 directeur adjoint aux ressources avec un départ prévu le 1^{er} octobre - 1 AT électricien, - 6 infirmiers dont 1 futur départ à la retraite, 4 positionnés CDD et 1 absent - 13 aides-soignants dont 9 pourvus par des CDD, - 6 ASO au chevet dont 5 pourvus par des CDD et un départ en formation, - 1 MEDCO, - 1 Médecin. La Mission constate que les écarts les plus importants sont ceux des aides-soignants, soit 8,5 ETP. <u>L'équipe soignante</u> <u>Répartition de l'équipe soignante en fonction de l'âge</u> L'équipe soignante comprend 1 stagiaires et 1 titulaires. La Mission n'a pas connaissance d'une date de naissance. L'âge de l'équipe soignante oscille entre 27 et 65 ans, la moyenne est de 52 ans. La répartition par tranche d'âge se manifeste de la manière suivante : Répartition des soignants par tranche d'âge <table><thead><tr><th>Tranche d'âge</th><th>Pourcentage</th></tr></thead><tbody><tr><td>vingtaine</td><td>39%</td></tr><tr><td>trentaine</td><td>28%</td></tr><tr><td>quarantaine</td><td>21%</td></tr><tr><td>cinquantaine</td><td>11%</td></tr><tr><td>soixantaine</td><td>1%</td></tr></tbody></table> ■ vingtaine ■ trentaine ■ quarantaine ■ cinquantaine ■ soixantaine	Tranche d'âge	Pourcentage	vingtaine	39%	trentaine	28%	quarantaine	21%	cinquantaine	11%	soixantaine	1%	
Tranche d'âge	Pourcentage													
vingtaine	39%													
trentaine	28%													
quarantaine	21%													
cinquantaine	11%													
soixantaine	1%													

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Une part importante de l'équipe soignante a plus de 50 ans, soit % 66. L'établissement sera confronté à d'importants départs dans les années à venir, ce qui sera un facteur de fragilisation de l'accompagnement des personnes accueillies. Répartition par date d'entrée Répartition des soignantes par année d'arrivée ■ 1980-1990 ■ 1990-2000 ■ 2000-2010 ■ 2010-2020 ■ Après 2020 Les dates d'entrée des soignantes oscillent entre mars 1983 et mars 2023. 15% sont arrivées entre 1980 et 2000 et 34 % entre 2000 et 2010, ce qui témoigne d'une stabilité des effectifs. Les contractuels D'après le tableau des effectifs 2024, ● agents sont comptabilisés en totalité, dont : - SLRH, - Cadre hôtelier, - ASO cuisine, - AT entretien général, - ASO magasin, - ASO lingerie, - Cadre de santé,	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
- Infirmiers, - Aide-soignant, - ASO chevet, - MEDCO, - Médecin, - Pédicure.	La Mission n'a pas pu identifier un agent dont la fonction n'est pas connue. Les colonnes relatives à la date d'arrivée et de sortie ne sont pas systématiquement renseignées, ce qui ne permet pas d'établir la durée des contrats et de savoir s'ils sont toujours en cours.	
<u>La proportion de rotation du personnel et taux d'absentéisme</u> D'après les données du Tableau de bord de la performance ANAP, renseigné par l'établissement, le taux de rotation des personnels et le taux d'absentéisme sont les suivants : <u>Pour la campagne 2024 (sur les données 2023) :</u> -Taux d'absentéisme : ● (médiane départementale 10,39% / médiane régionale 9,82% / médiane nationale 10,74%) -Taux de rotation des personnels : ● (médiane départementale 17,57% / médiane régionale 14,13% / médiane nationale 15%) <u>Pour la campagne 2023 (sur les données 2022) :</u> -Taux d'absentéisme : ● (médiane départementale 11,07% / médiane régionale 11,76% / médiane nationale 12,1%) -Taux de rotation des personnels : ● (médiane départementale 15,73% / médiane régionale 15% / médiane nationale 15%). Les taux d'absentéisme et de rotation des personnels de l'établissement sont en-dessous des médianes départementale, régionale et nationale.		

2.1.1.3

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.6	Recrutement par intérim La Mission a pu identifier le recours à des « vacataires » pour l'équipe cuisine et pour les IDE (inscrit IDE = vacataire) dans les plannings transmis. Concernant l'équipe de cuisine, - Pour le mois d'août 2024, 2 cuisiniers intervenus respectivement à 11 et 19 reprises et 2 ASO à 8 et 9 reprises, - Pour le mois de septembre 2024, 2 cuisiniers, 3 ASO à 8, 12 et 15 reprises, - Pour le mois d'octobre 2024, 2 cuisiniers à 3 reprises et, 3 ASO, chacun à 13 reprises. Concernant les IDE : - Pour le mois d'août 2024, 27 recours à une « vacation ». Les mois de septembre et octobre 2024 ne font pas apparaître la mention de « vacataire ». La Mission a constaté le nom d'une IDE à 12 reprises en octobre et à 15 reprises.	
2.1.2.1	Plan de développement des compétences L'établissement a transmis deux plans de développement des compétences pour l'année 2024 : plan de formation et demande hors plan et un état des formations réalisé au 01/06/2024. Le tableau relatif aux formations réalisées entre janvier et mai 2024 comporte 30 formations. La durée des formations varie entre 1,5 jours et 35 jours. Le fichier identifie 3 types de besoin : les besoins individuels au fil de l'eau, les besoins collectif plan et les besoins plan. Pendant cette période, 82 agents ont bénéficié de formations. Sur ces 82 professionnels, 60 agents ont bénéficié d'une seule formation, 15 agents en ont suivis 2 et 3 ont bénéficié de 7 formations. Concernant l'année 2024, le plan de développement des compétences comporte 109 formations, dont les thématiques sont les suivantes : - Organiser le temps de travail de son équipe, - Gérer les conflits, - Tarification modules d'approfondissement, - Titan - Formation initiale AS/ASO/AMP, - Le choix d'un mode de gestion d'un équipement ou d'un service public : DSP, PPP, Marché, Régie, - Manager sans discriminer, - Plan Climat : de la stratégie au concret, - Gestes et postures, - Le management d'équipe,	Remarque 14 : L'établissement n'a pas transmis le plan de développement de compétences N-1. Remarque 15 : Peu de professionnels ont été formés sur la bientraitance. Remarque 16 : Le plan de formation ne comporte pas de formation relative au repérage de la maltraitance.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Le travail familial en institution. Session 2 : obstacles et leviers, - Logiciel ACTARUS - module EHPAD-RS, - Maîtriser la récupération des aides sociales, - Manager les conflits, - Module 1 : Approche systémique initiation - Perf – Cours de Français - Niveau C - Améliorer la rédaction, - Activités en espace multi sensoriel de type snoezelen, - La prise en charge de l'adulte âgé souffrant de maladies psychiatriques, - Les bases de l'accueil du public (physique, téléphonique et public difficile), - Accueillir et prendre en charge des personnes âgées issues de la grande précarité, - Animation auprès des personnes âgées, - Animation en unité de vie, - Base de l'accueil (accueil physique, accueil téléphonique, accueil du public difficile), - Bienveillance et adhésion de la personne de la personne à son projet personnalisé, - Connaissance de la personne âgée dépendante, - Connaissance de la personne âgée – Dépendance et simulation de vieillissement, - La protection et l'aide sociales en France, - Les facteurs de stimulation sensorielle de la mémoire, - Les moyens de lutte contre l'isolement social, - Les transmissions ciblées, - Nutrition/Dénutrition de la personne âgée et hygiène bucco-dentaire, - Prise en charge de la douleur, - Relation avec les familles des résidents en EHPAD et à domicile, - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse, - Troubles du comportement chez la personne âgée, - Situation d'agressivité chez la personne âgée, - Journées de préparation à la retraite, - Gestion du stress, - Comité de sélection Formation Cadre de Santé, - Formation en soins infirmiers-IFSI, - Le codéveloppement managérial, - Management les fondamentaux, - Manager une équipe intergénérationnelle, - Prévenir, gérer et dépasser les conflits, - Remédiation cognitive : pratiques cliniques et enjeux thérapeutiques,	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Sensibilisation à la prévention des risques liés aux troubles musculo-squelettiques : définir le rôle des agents, - Personnel d'encadrement de chantier amiante : formation initiale, - Cadre budgétaire et comptable – Notion de base, - Fonctionnement d'une régie d'avance et de recettes – SAGA, - Hygiène du linge et méthode RABC, - Logiciel Actarus – Admissions, - Excel – Intermédiaire, - Excel initiation, - Excel Tableaux croisés dynamiques, - H.A.C.C.P., - Habilitation électrique H0/B0 - H0V, - Manipulation d'extincteurs sur bacs à feux propres (Premier Témoin Incendie), - Manutention des charges, - Outlook - Prise en main, - Pack découverte Excel - Intranet – Outlook, - Pack initiation aux outils bureautiques et numériques, - Powerpoint - Prise en main, - Prévention des TMS et atteintes du dos, - Sauveteur Secouriste du Travail - SST initiale, - Word - Prise en main, - Word Intermédiaire, - Equipier de première intervention en unité mobile, - Mise en place de la démarche HACCP, - Parcours gestionnaire - L'aide sociale en résidence autonomie, - Parcours Prévention des conduites Addictives à destination des chefs d'établissements, - Tarification - Formation initiale, - Tarification approfondissement - Analyse financière, - Victimes d'agressions, auteurs de violences : évaluation et prise en charge, - CHU-CHRS DSOL CASVP, - Approche systémique : les quatre étapes de l'approche systémique pour accompagner les transformations, - Atelier : instaurer une culture du changement dans son équipe, - Conférence métier passerelle, - Gestion multi-projets, - Manager des comportements difficiles,	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Formation Initiale Leadership et Management, - Test d'accès à la préparation aux concours d'attaché des administrations parisiennes, - Principes et valeurs du service public, - Parcours Initial pour les Managers Stratégiques - PIMS – Présentiel, - Parcours Initial pour les Managers Stratégiques - PIMS -Distanciel et Présentiel - Parcours Initial pour les Managers Stratégiques Egalité 10, - Assises nationales des soins en EHPAD, - Droit des successions - Module de Base, - Bienveillance (Formation réservée aux personnes soignants), - Bienveillance et adhésion de la personne âgée à son projet d'accompagnement personnalisé, - Introduction à la musicothérapie, - Troubles de la déglutition, - Partenariat et coopération pour les AAAS, - Formation Métier RH/SLRH - Module n°3 : Les retraites, - Faire face au risque de burn-out des collaborateurs (Manager, prévenir les risques psychosociaux RSP dans vos équipes), - Principes et Valeurs du Service Public : module Managers Distanciel, - Référents Titan, - Rendez-vous du management, - Connaître les gestes qui sauvent, - Le statut de la Ville de Paris, - Equipier d'évacuation (guide file et serre file), - Préparation des commissions de sécurité, - Titan-formation initiale IDE, - Excel perfectionnement, - Equipier de première intervention en unité mobile, - Habilitation électrique H0/B0 - H0V, - Habilitation électrique BS/BE manœuvre, - Outlook Perfectionnement, - Powerpoint – Perfectionnement, - Premier témoin incendie réalité augmentée, - Technique de fabrication en cuisine et en pâtisserie collective – Ferrandi, Les formations collectives sont les suivantes : - Les transmissions ciblées, - La prise en charge de l'adulte âgé souffrant de maladies psychiatriques,	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Connaissance de la personne âgée dépendante, - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse, - Troubles du comportement chez la personne âgée : Comment les prévenir et comment les gérer, - Prise en charge de la douleur, - Relations avec les familles des résidents en institution et a domicile, - Activités en espace multi sensoriel de type snoezelen, - AFGSU 2 - Formation Gestes et soins d'urgence - Niveau 2, - AFGSU1 - Formation Gestes et soins d'urgence - niveau 1, - Habilitation électrique H0/B0 - H0V. Ces formations collectives sont programmées et vont concerner 426 agents. La formation prévue sur la bientraitance concerne 51 agents et aucune sur le repérage de la maltraitance. Un agent va bénéficier d'une poursuite d'étude dans le cadre d'une formation en soins infirmiers. Les thématiques des formations sont variées et concernent les membres de la direction, de l'animation et l'équipe soignante. En complément de ces formations et d'après le RAMA transmis, le médecin coordonnateur dispense des formations sur la réalisation des GIR. L'établissement n'a pas transmis le plan de développement de compétences N-1.	
2.1.2.5	<u>Accueil des nouveaux professionnels</u> L'établissement a transmis : - Un guide des agents contractuels de droit public de la Ville de Paris, datant de février 2023, - Un livret d'accueil « Bienvenue » du CASVP, datant de mai 2021, - Un guide « Réussir l'accueil d'un.e nouvel.le agent.e à l'attention des SLRH, - Une fiche d'accueil de nouvel.le agent.e, - Le règlement du temps de travail des personnels du CASVP, - Une fiche de suivi des étapes du recrutement d'un agent, datant du 20/12/2023. - Un livret d'accueil des étudiants, charte d'engagement, à l'EHPAD Cousin de Méricourt. Seuls les deux derniers documents sont spécifiques à l'EHPAD.	Remarque 17 : Il n'existe pas de protocole spécifique à l'accueil des nouveaux arrivants au sein de l'établissement.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	D'après le rapport d'activité 2023, l'établissement n'a pas supervisé de stagiaires. Il est fait mention de la mise en œuvre de 27 groupes de parole, 32 réunion clinique et 32 réunions thématiques sur la prise en charge des résidents présentant des troubles du comportement. Ces réunions ont été dispensés par psychologue du personnel. Il n'existe pas de protocole d'accueil des nouveaux professionnels, notamment au sein de l'équipe soignante.	
2.1.4.5	Plannings D'après le rapport d'activité 2023, les  personnes accueillies sont réparties sur les bâtiments de la manière suivante : - Bâtiment A Anaïs : - Bâtiment B Bleuett - Bâtiment D Diamant - Bâtiment E Edelweiss L'établissement a transmis les plannings des 4 bâtiments pour les équipes de jour, de « garde » et de nuit concernant les mois d'août à octobre 2024. L'équipe du matin travaille de 7h à 14h48, l'équipe de garde (après-midi) de 13h30 à 21h20 et l'équipe de nuit de 21h à 7h. Un effectif cible a été identifié dans l'ébauche du projet d'établissement et se traduit de la manière suivante : - 3 infirmiers minimum sur l'équipe du matin, de l'après-midi et 1 sur l'équipe de nuit (mutualisé à un autre EHPAD du CASVP) - 2 soignantes (aide-soignant et ASO au chevet) par étage. Dans les 2 UVP, 3 soignants sont « affectés selon les possibilités du planning ». Aucun effectif n'est ciblé pour l'équipe AS de nuit, le PE précise que « la nuit, les équipes soignantes travaillent en horizontalité sur deux niveaux adjacents, ayant en charge 35 à 40 résidents » mais n'indique pas le nombre de soignants concernés. ⇒ Equipe IDE Dans les plannings transmis, ne figurent pas ceux des IDE de jour et de garde.	Remarque 18 : Les plannings des équipes IDE de jour et de nuit n'ont pas été transmis. Écart 10 : Les plannings montrent que les effectifs soignants sont insuffisants dans certaines unités de l'EHPAD, ce qui ne garantit pas la sécurité des personnes accueillies et contrevient à l'article L.311-3 1° du CASF. Remarque 19 : La fiche de tâches horaires des ASO n'a pas été transmise. Remarque 20 : Le projet d'établissement ne fait pas apparaître l'effectif cible intervenant la nuit.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R																																																																																									
	Le planning prévoit, pour le mois d'octobre 2024, entre 0 à 1 IDE par nuit. La Mission constate que le 16 et 17/10, aucun IDE n'est prévu, ce qui ne respecte pas l'effectif ciblé. ⇒ Equipe ASI/ASO Voici la reconstitution de la répartition prévisionnelle pour le mois d'octobre en fonction de la fréquence du nombre de soignants par bâtiment et étage : ANAIIS MATIN <table><tr><th></th><th>0 soignant</th><th>1 soignant</th><th>2 soignants</th><th>3 soignants</th><th>4 soignants</th></tr><tr><td>RDC</td><td>1</td><td>6</td><td>18</td><td>5</td><td>1</td></tr><tr><td>1er étage</td><td></td><td>1</td><td>19</td><td>7</td><td>4</td></tr><tr><td>2ème étage</td><td></td><td>4</td><td>17</td><td>6</td><td>4</td></tr></table> APRES-MIDI <table><tr><th></th><th>1 soignant</th><th>2 soignants</th><th>3 soignants</th></tr><tr><td>RDC</td><td>9</td><td>17</td><td>5</td></tr><tr><td>1er étage</td><td>4</td><td>10</td><td>17</td></tr><tr><td>UVP</td><td>2</td><td>19</td><td>10</td></tr></table> BLEUET MATIN <table><tr><th></th><th>0 soignant</th><th>1 soignant</th><th>2 soignants</th><th>3 soignants</th><th>4 soignants</th></tr><tr><td>RDC</td><td></td><td>1</td><td>18</td><td>11</td><td>1</td></tr><tr><td>1er étage</td><td></td><td></td><td>19</td><td>11</td><td>1</td></tr><tr><td>2ème étage</td><td>1</td><td>5</td><td>17</td><td>8</td><td></td></tr></table> APRES-MIDI <table><tr><th></th><th>1 soignant</th><th>2 soignants</th><th>3 soignants</th><th>4 soignants</th></tr><tr><td>RDC</td><td>2</td><td>16</td><td>12</td><td>1</td></tr><tr><td>1er étage</td><td>2</td><td>18</td><td>7</td><td>4</td></tr><tr><td>2ème étage</td><td></td><td>15</td><td>11</td><td>5</td></tr></table> DIAMINA MATIN <table><tr><th></th><th>1 soignant</th><th>2 soignants</th><th>3 soignants</th><th>4 soignants</th></tr></table>		0 soignant	1 soignant	2 soignants	3 soignants	4 soignants	RDC	1	6	18	5	1	1er étage		1	19	7	4	2ème étage		4	17	6	4		1 soignant	2 soignants	3 soignants	RDC	9	17	5	1er étage	4	10	17	UVP	2	19	10		0 soignant	1 soignant	2 soignants	3 soignants	4 soignants	RDC		1	18	11	1	1er étage			19	11	1	2ème étage	1	5	17	8			1 soignant	2 soignants	3 soignants	4 soignants	RDC	2	16	12	1	1er étage	2	18	7	4	2ème étage		15	11	5		1 soignant	2 soignants	3 soignants	4 soignants	
	0 soignant	1 soignant	2 soignants	3 soignants	4 soignants																																																																																						
RDC	1	6	18	5	1																																																																																						
1er étage		1	19	7	4																																																																																						
2ème étage		4	17	6	4																																																																																						
	1 soignant	2 soignants	3 soignants																																																																																								
RDC	9	17	5																																																																																								
1er étage	4	10	17																																																																																								
UVP	2	19	10																																																																																								
	0 soignant	1 soignant	2 soignants	3 soignants	4 soignants																																																																																						
RDC		1	18	11	1																																																																																						
1er étage			19	11	1																																																																																						
2ème étage	1	5	17	8																																																																																							
	1 soignant	2 soignants	3 soignants	4 soignants																																																																																							
RDC	2	16	12	1																																																																																							
1er étage	2	18	7	4																																																																																							
2ème étage		15	11	5																																																																																							
	1 soignant	2 soignants	3 soignants	4 soignants																																																																																							

N°IGAS	Observations ou commentaires					Constat E/R
	RDC	4	9	14	4	
	1er étage	2	12	13	4	
	2ème étage		14	15	2	
APRES-MIDI	1 soignant	2 soignants	3 soignants	4 soignants	5 soignants	
	RDC	3	19	9		
	1er étage		19	5	7	
	2ème étage		8	16	5	2
EDELWEISS						
MATIN	1 soignant	2 soignants	3 soignants	4 soignants		
	RDC	6	10	11	4	
	1er étage	1	14	16		
	UVP		12	17	2	
APRES-MIDI	1 soignant	2 soignants	3 soignants	4 soignants		
	RDC	1	16	12	2	
	1er étage		9	8	14	
	UVP		17	10	4	
La Mission constate que l'effectif cible n'est pas respecté dans la majeure partie des cas. Au sein du bâtiment Anaïs, il n'y a pas de soignant planifié à 1 reprise et un soignant est seul à 11 reprises le matin et 15 l'après-midi. Pour le bâtiment Bleuët, pas de soignants à une reprise et seul à 6 reprises le matin et 4 l'après-midi, dans le bâtiment Diamina, un soignant est positionné seul à 6 et 3 reprises et dans le bâtiment Edelweiss, à 7 et 1 reprises. Pour l'équipe de nuit, la Mission constate que le nombre de soignants varie de 6 à 16 soignants. Ils sont en nombre de 6 soignants à 5 reprises, à 7 soignants à 3 reprises, à 8 à 6 reprises, à 9 à 8 reprises, à 13 à 5 reprises et à 16 soignants à 4 reprises.						

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'effectif cible n'étant pas identifié, la Mission ne peut analyser s'il est respecté. A noter qu'un soignant identifié AMP est positionné sur un poste d'aide-soignant.	
2.1.4.2	Fiches de tâches L'établissement a transmis les fiches de tâches horaires : - Aide-soignante – AMP, pour l'équipe matin et après-midi, - Aide-soignante de nuit, - IDE matin, après-midi et pour l'équipe de nuit. Toutes les fiches de tâches ont été mises à jour le 20/09/2024. A noter que la fiche de tâches « IDE de nuit » porte l'intitulé « Aide-soignant-AMP ». Elles ont été rédigées par le cadre supérieur de santé, le cadre administratif et vérifiées par le directeur de l'établissement et la cadre supérieur de santé. La fiche de tâches des aides-soignants-AMP matin et après-midi (amplitude horaire de 13h38 à 21h20), détaille la répartition des missions dès la prise de poste. Les missions des AS/AMP sont les suivantes : ⇒ Equipe du matin et après-midi. - Assurer la sécurité des résidents, - Préparer les chariots des petits-déjeuners, - Prendre connaissance des transmissions écrites, - Toilette, - Réfection des lits et nettoyage de l'environnement, - Servir le petit-déjeuner, - Gestion du linge et des déchets, - Mise en place, gestion et nettoyage de la salle à manger, vaisselle, - Soins de nursing, - Récupérer les chariots des repas et service le déjeuner et le dîner, - Aide à la prise du repas, - Gestion des chariots de nursing, - Proposer des activités aux résidents en étage ou les accompagner au rez-de-jardin, - Douche en fonction du planning d'hygiène, - Préparer et servir le goûter, - Aider au coucher,	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- S'assurer de la présence des résidents. Un temps d'échanges entre l'équipe du matin et de l'après-midi est prévu de 14h à 14h30 et de 21h à 21h20, entre l'équipe de l'après-midi et de soir. Il n'est pas précisé que la distribution de médicament est effectuée dans le cadre de la collaboration IDE/AS. ⇒ <u>Equipe de nuit</u> : - Prendre connaissance des transmissions écrites et orales, - Change des résidents, - Surveillance glycémique, - Distribution des collations pour les diabétiques, - Distribution et administration des traitements de 22h, - Aide au coucher, - Prise en charge des résidents déambulant, - Change, - Transmissions écrites et orales de 21h à 21h20 puis de 6h30 à 7h, - Mise à jour du plan de soins, - Gestion des appels et des sonnettes. Les fiches de tâches des IDE présentent les missions suivantes et rappellent le respect des bonnes pratiques professionnelles : ⇒ <u>Equipe de jour</u> : - Transmission orales et écrites, - Vérification de l'équipe soignante et répartition par étages, - Rappel des rendez-vous du jour, - Distribution des gants et EPI si besoin - Soins au lit et traçabilité, - Distribution des médicaments et traçabilité, - Pose des bandes de contention, - Pansement programmé et non programmé, - Examen d'un résident, - Vérification et mise en place des traitements livrés pour la semaine, - Prise des paramètres vitaux, - Rangement de la pharmacie le mercredi, - Glycémie capillaire,	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Entretien du poste de soin, - Evacuation des DASRI, - Transmission méridienne de 14h à 14h30. De manière quotidienne, l'IDE assure une réponse aux sonnettes, des soins relationnels, le contrôle du respect des bonnes pratiques AS, l'accueil des nouveaux entrants, la participation aux réunions médicales, groupes de travail, visite d'admission/VPA et l'accueil et encadrement des IFSA et IFSI. ⇒ <u>Equipe après-midi</u> - Vérification de l'équipe soignante et répartition par étages, - Rappel des rendez-vous du jour, - Transmission pluridisciplinaire de 14h à 14h30, - Points avec les médecins, - Vérification et distribution du matériel pour les soignants, - Distribution des compléments alimentaires, - Réfection des pansements, - Rangement du matériel en pharmacie, - Vérification et préparation des traitements 16h-18h-20h-22h, - Distribution des médicaments de 16h, 20h, - Entretien du poste de soins, aide à la circulation des résidents dans les étages, - Pose des perfusions, - Gestion des DASRI, - Transmissions écrites et orales avec l'équipe de nuit, - Répondre aux sonnettes. Des missions permanentes sont détaillées telles que la participation aux réunions médicales, groupes de travail, visite d'admission/VPA, accueil et encadrement des IFSA et IFSI. ⇒ <u>Equipe de nuit</u> - Vérification de la présence soignante et répartition dans les étages, - Transmission avec les IDE d'après-midi, - Administration des médicaments et contrôle des perfusions d'hydratation si besoin, - Prise en connaissance de toutes les transmissions de jours des 4 bâtiments, - Vérification de la présente AS à son poste de travail dans les étages, - Distribution des médicaments de 22h, - Surveillance glycémique, distribution des collations pour les diabétiques selon les prescriptions,	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Aide au coucher pour les résidents difficiles, - Prise en charge des résidents déambulant avec les AS ; - Contrôle de l'effectivité des rondes AS, - Vérification des changes effectués par les AS, - Transmission avec IDE de jour. De manière régulière, les IDE assurent une réponse aux sonnettes, contrôlent le respect des bonnes pratiques des AS, participent aux réunions avec la hiérarchie, avec l'équipe de nuit. Ils accueillent et encadrent des étudiants ESI ; vacataire et intérimaire AS. La fiche de tâches hebdomadaires des ASO n'a pas été transmise.	
2.1.4.4	Glissement de tâches La fiche de tâches commune entre les AS et les AMP des équipes du matin et de l'après-midi conduit à un glissement de tâches et ne respecte pas de champ de compétences des professionnels. Elles ne permettent pas d'identifier les missions dédiées aux AS. La fiche de tâche des AS de nuit ne mentionne pas l'existence d'une procédure de délégation de l'aide à la prise de médicament.	Écart 11 : L'absence de différenciation des tâches d'aide-soignante et des AMP entraîne un glissement de tâches entre ces deux professions, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.
2.1.4.7	Gestion des absences imprévues L'établissement n'a pas transmis de procédure formalisée de remplacement en cas d'absence inopinée pour les soignants.	Remarque 21 : Il n'existe pas de procédure relative à la gestion des absences inopinées pour l'équipe soignante
2.1.4.10	Qualification du personnel de nuit L'équipe de nuit comprend un pôle de 3 IDE et de 2 équipes AS qui comprennent 9 agents respectifs. Il ressort des plannings d'août à octobre 2024, la présence de 2 à 5 AS par nuit et de 0 à 1 IDE de nuit. Un tableau présente le matricule, l'identité des soignants, la date d'obtention du DE, le PIP, le grade et la spécialité (pour les AS). Il n'est pas fait mention de l'inscription à l'Ordre national des infirmiers pour les infirmiers. 4 AS et 2 IDE présents dans les plannings ne figurent pas dans ce tableau.	Remarque 22 : Le tableau récapitulant les diplômés AS-IDE ne mentionne pas l'inscription effective à l'Ordre national des infirmiers et n'inclut pas la totalité des soignants intervenant la nuit

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La majeure partie des soignants de nuit figurent sur le tableau, sauf un infirmier.	

Prises en charge

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Procédure d'admission L'établissement a transmis une procédure d'admission et de préadmission du 24 septembre 2024. Pour la préadmission, le dossier est donné pour avis au médecin coordonnateur, les cadres de santé ainsi que les psychologues. En cas de refus, l'avis motivé est transmis au demandeur. En cas d'avis positif, une visite de préadmission est organisée en accord avec la présence des médecins. Le jour de la visite, le candidat est reçu par l'équipe médicale pour aborder son histoire personnelle, recueillir son consentement à l'admission et évaluer son degré d'autonomie. Après la visite médicale, l'établissement ainsi qu'une chambre vide sont présentés au candidat. Si l'avis est à nouveau favorable, et après réception de tous les documents nécessaires pour l'admission, le service des admissions de l'établissement fixe une date d'entrée dans l'établissement en accord avec le futur résident et ses proches. Tout le personnel est informé et l'équipe médicale prépare tout le matériel nécessaire pour assurer la bonne prise en charge du résident. A son arrivée dans l'établissement, le résident est accueilli et installé, son linge est marqué et le dossier médical est adressé au médecin ou cadres de santé sous pli confidentiel. Le service admission présente le contrat de séjour et ses annexes au résident ou à son représentant légal pour signature en s'assurant du consentement libre et éclairé. Une fois le contrat de séjour signé le résident est accompagné dans sa chambre et le personnel soignant de l'étage vient se présenter. Il recueille à nouveau les habitudes de vie du résident et relève les principaux paramètres médicaux avant de les tracer dans le logiciel de soins de l'établissement.	
3.1.1.1		
3.2.1.2	Évaluation à l'admission Dans la procédure « annexe au contrat de séjour », en date du 23 septembre 2024 et non signée, il est indiqué dans cette procédure qu'entre 8 et 15 jours après l'admission est fait le suivi des régimes, l'évaluation de l'échelle BRADEN, l'évaluation de la douleur et une pesée du résident.	Remarque 23 : La procédure « annexe au contrat de séjour » n'est pas signée.

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
<u>PAP</u>		
3.1.3.3	L'établissement a indiqué à la Mission que les référents pour les PAP sont les IDE ou psychologues et que les personnels participant à l'élaboration sont : le médecin, le psychologue, l'IDE, une à deux AS et une animatrice si possible. L'établissement a également transmis une procédure « annexe au contrat de séjour », évoquée précédemment, qui indique qu'en plus des recueils sur les habitudes de vie du résident, une surveillance soignante est mise en place à l'admission du résident pour remplir son plan de soin. Entre 8 et 15 jours après l'entrée du résident, une réunion pluridisciplinaire est organisée pour étudier la fiche bénéfice/risque préremplie par le tuteur désigné pour le résident. La version définitive de cette fiche est adressée au service admission pour établir une annexe « droit et liberté » entre 15 et 20 jours après l'admission. Entre 20 et 35 jours après l'admission, l'annexe est présentée pour signature au résident et à son représentant légal ou personne de confiance. Le résident peut exprimer ses souhaits pour annotation dans le document. Après signature, l'annexe est ajoutée au dossier du résident. L'annexe est revue tous les six mois par l'équipe pluridisciplinaire. L'annexe « droit et liberté » ne constitue pas un projet d'accueil personnalisé et la procédure transmise ne garantit pas la participation directe du résident à son élaboration. La liste des résidents transmise indique également que 99 des 201 résidents présents au jour du contrôle dispose d'un PAP datant de moins d'un an.	Écart 12 : La procédure transmise par l'établissement ne permet pas de garantir la participation directe du résident à l'élaboration de son PAP, ce qui contrevient à l'article L311-3, 3° du CASF. Écart 13 : Moins de la moitié des résidents présents le jour du contrôle dispose d'un PAP à jour, ce qui contrevient à l'article L311-3, 3° du CASF.
3.1.4.4	<u>Commission de Coordination Gériatrique</u> L'établissement a transmis les comptes rendus de la commission de coordination gériatrique de 2024 et de 2019. En prenant en compte la tenue d'une édition 2024 avant le départ du médecin coordonnateur, la Mission encourage l'établissement à poursuivre cette pratique au recrutement du prochain professionnel.	
3.1.4.5	<u>Intervention des professionnels médicaux</u> Trois médecins traitants salariés interviennent dans la structure : - Le premier, affecté au bâtiment A, à 0,4 ETP pour 51 résidents, - Le second, affecté au bâtiment B, à 0,7 ETP pour 53 résidents, - Le troisième, affecté aux bâtiments D et E, à 1 ETP pour 97 résidents.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Tous les résidents disposent d'un médecin traitant.	
2.5.4.3	Système d'appels-malade S'agissant du système d'appels-malade, l'établissement a transmis les éléments suivants : « Appels malades fonctionnels pour les 12 unités actives pour 227 lits autorisés. Marché public CASVP en cours à l'EHPAD Cousin de Méricourt, d'un prestataire privé, pour intervention 24h/24, chaque chambre est équipée d'un appel malade, avec report. En l'absence de téléphone DECT, les IDE de jour et de nuit disposent d'un smartphone professionnel, comme tous les cadres et les administrateurs de garde ».	Remarque 24 : L'établissement n'a pas transmis d'indicateurs permettant d'évaluer la qualité du système d'appels malade.
3.3.3.1	Intervention des bénévoles L'établissement a transmis : - La convention type pour les bénévoles de l'établissement, - L'autorisation d'utilisation du label « Culture & Santé en Île-de-France », - La convention avec l'association « Anis Gras – Le lieu de l'Autre- Association ECART », - La convention avec l'association « Les Impatients » (expirée), - La convention avec l'association « HILAP » pour l'intervention d'un collaborateur bénévole, - La convention avec le Fonds d'art contemporain – Paris Collections pour l'exposition d'œuvres dans l'établissement (expirée), - La convention avec le Centre national du cinéma et de l'image animée afin d'organiser des diffusions de film dans l'EHPAD (non signée par l'autre partie), - La convention avec le collectif TADAM pour organiser des spectacles dans l'EHPAD (non signée par l'autre partie), - La convention de partenariat avec la ville d'Arcueil pour l'organisation d'interventions musicales dans l'EHPAD, - Une convention de partenariat avec l'association Unis Cité pour l'intervention de bénévoles dans l'EHPAD (expirée), - Une convention de bénévolat datée du 21 novembre 2022.	

Respect des droits des personnes

Observations ou commentaires		Constat E/R
N°IGAS	Respect des droits du résident	
3.2.2.2 3.2.2.5	A l'entrée dans l'établissement, l'EHPAD donne aux résidents le livret d'accueil ainsi que des brochures relatives au CVS, aux directives anticipées, au personnel référent du résident, à la personne de confiance ainsi qu'une brochure relative aux cultes. Ces documents ont été transmis à la Mission. L'EHPAD a également précisé qu'étaient transmis au résident : « La charte des droits et libertés de la personne accueillie, un mot d'accueil du directeur sur présentoir dans la chambre du résident, la lettre d'information bimensuelle diffusée aux résidents, familles et professionnels (mailing direction, envoyé à plus de 500 destinataires depuis le 20 mars 2020), le programme mensuel des animations, la gazette trimestrielle de l'équipe d'animation avec un comité de rédaction associant les résidents volontaires, les tableaux d'affichage ressources pour contacter les associations AMISOL (associations des familles), « Etre Là ASP », le flyer et les affiches sur la prévention de la maltraitance et le n°ALMA 3977 ainsi que la liste des personnes qualifiées affichée à l'accueil. L'agent d'accueil peut orienter toute personne pour une mise en contact avec le secrétariat de direction, ou directement auprès d'un des membres de l'équipe de direction » Au niveau du contrat de séjour, le résident est informé sur le libre choix du médecin traitant et du kinésithérapeute, la protection des données personnelles du résident et les droits qui y sont attachés, la désignation de la personne de confiance ainsi que la rédaction des directives anticipées, le mode de règlement amiable des litiges avec le recours au Médiateur de la Ville de Paris ou à une personne qualifiée. Les annexes au contrat de séjour portent également sur le droit à l'image du résident, la charte des droits et libertés de la personne accueillie et contient le règlement de fonctionnement des EHPAD du CASVP. Une annexe définissant les mesures individuelles relatives à la liberté d'aller et venir du résident a également été transmise. Dans le contrat de séjour type transmis, même s'il contient une partie dédiée, le champ permettant de renseigner un médecin traitant qui n'est pas salarié de l'établissement est rayé.	Écart 14: Au vu du document transmis, le résident se voit attribuer un médecin traitant salarié de l'établissement en fonction de son bâtiment et non par choix, ce qui contrevient aux articles L1110-8 du CSP et L311-3, 1° du CASF.
3.2.3.1	Procédure relative aux contentions L'établissement a transmis la procédure de contention du CASVP en date du 15 juillet 2024. Celle-ci définit les différents types de contention ainsi que leurs risques inhérents.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Il est ensuite précisé que la contention s'applique uniquement sur prescription médicale, sauf en cas d'urgence, et que la recherche de la méthode la moins restrictive doit se faire en équipe pluridisciplinaire (médecin, cadre de santé, psychologue, infirmier, AS et ASO au chevet). La contention est réévaluée régulièrement pendant les transmissions avec un minimum d'une fois par mois. Avant la prescription, il y a évaluation du rapport bénéfice/risque de la contention pendant une réunion pluridisciplinaire. Pour la traçabilité, la prescription médicale de la contention est renseignée dans le dossier numérique du résident sur le logiciel de soin. Sont précisés : les motifs de la prescription, le dispositif employé pour la contention, les modalités et la périodicité de la contention, la surveillance à mettre en place et la durée de la prescription (la première prescription est réévaluée systématiquement tous les jours pendant une semaine puis réévaluée chaque semaine). Les contentions sont bien comptabilisées dans le RAMA.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<u>Convention EHPAD/Officine et circuit du médicament</u> L'établissement est rattaché à une PUI et ne dispose donc pas d'une convention avec une officine de pharmacie. L'établissement a transmis la procédure d'organisation du circuit du médicament dans les EHPAD avec PUI commune à tous les établissements du CASVP, en date du 18 janvier 2022. Elle prévoit les modalités de prescription par le médecin, les modalités de commande à la PUI centrale par l'IDE, la préparation, la dispensation et les modalités de la livraison pharmaceutique. Sont détaillés les modalités de stockage des médicaments dans le poste de soins d'étage sécurisé, ainsi que dans l'armoire et le réfrigérateur également sécurisés. Sont aussi détaillées les modalités de stockage dans le chariot de médicament ainsi que les cas de regroupement des médicaments « hors piluliers » dans des dispositifs fermés à clés et des traitements présents dans le chariot d'urgence. Sont également prévues les modalités de traçabilité des stocks et de bionettoyage des lieux de stockage. La procédure détaille le rôle de l'IDE dans le contrôle, la distribution, l'administration, la surveillance et la traçabilité des médicaments dans l'établissement. L'IDE doit assurer un contrôle des médicaments par rapport à l'ordonnance, assurer la distribution et l'administration des médicaments en assurant un travail d'identitovigilance et de traçage de la prise ou non-prise. Le personnel infirmier assure une surveillance post-administration, tout problème est signalé au médecin et tracé dans le dossier informatisé du résident.	
3.8.2.9		
	<u>Délégation d'administration des médicaments par l'IDE</u> L'établissement a transmis le protocole de collaboration IDE et AS de distribution et aide à la prise des médicaments commun aux établissements du CASVP, en date du 15 septembre 2022 et mis à jour le 18 juin 2024 Le protocole définit les actes d'administration des médicaments, d'aide à la prise et de collaboration, énumère les situations spécifiques ou l'AS n'est pas autorisé à distribuer les traitements et précise que les actes réalisés par l'AS sont sous la responsabilité de l'IDE. Il précise qu'en cas de survenue d'une absence non prévue d'IDE sans remplacement, l'encadrement soignant ou l'administrateur d'astreinte doit être systématiquement consulté pour définir une conduite à tenir pour l'équipe soignante afin de sécuriser l'administration médicamenteuse.	
3.8.2.22		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le protocole porte également sur les modalités préparatoires à la collaboration IDE-AS qui nécessite une formation préalable de l'AS sur les consignes relatives aux traitements et les points de vigilance après la prise. La case « AVQ » doit avoir été cochée sur la prescription, signifiant l'absence de difficultés et de risques majeurs liée à l'administration, pour permettre la copération IDE-AS. La formation est obligatoirement tracée. Le protocole prévoit les modalités de préparation des médicaments par l'IDE et leur distribution par l'AS de jour et de nuit. Les sachets sont préparés par le personnel infirmier et placés dans un gobelet dédié identifié au nom et prénom du résident et placé dans le poste de soins sécurisé. Pour l'administration, l'AS ne peut distribuer que les traitements préparés par l'IDE et il doit procéder à un contrôle de conformité d'identité du résident avec tous les traitements ainsi qu'à un contrôle de concordance entre le nombre de médicaments dans le sachet et celui inscrit. En cas de doute l'AS n'administre pas le traitement et en informe l'IDE. Quand il peut administrer le traitement l'AS aide le résident dans la prise et en informe l'IDE. L'AS signale à l'IDE toute difficulté ou comportement anormal avant, pendant et après l'administration du traitement. S'il n'y a pas d'IDE de nuit ni de médecin d'astreinte, l'AS ne donne pas le traitement et appelle le 15 pour signaler tout problème.	
3.8.2.24	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur L'établissement a transmis deux procédures : Une procédure de dépistage, d'évaluation et de prise en charge de la douleur, datée du 3 mai 2023 et mise à jour le 17 juillet 2024, ainsi qu'une procédure de prise en charge de la douleur aiguë en date du 20 juin 2023. La première procédure porte sur l'identification de l'origine de la douleur pour la prévenir et la soulager. Elle précise que l'ensemble du personnel est concerné par la prise en charge de la douleur. Les évaluations douleurs sont notamment réalisées : - Dans les 48h suivant l'entrée pour les nouveaux résidents, - Pendant la vie du résident dans l'établissement : tous les mois, si une douleur est signalée par le résident ou suspectée par le soignant, en cas de traumatisme ou de mise en place d'un nouveau traitement antalgique, - En cas d'évaluation positive, après l'administration d'un antalgique en respectant le délai d'action du traitement et tant que la douleur persiste, - A l'occasion de l'élaboration du PAP, - Dans les heures qui suivent le retour d'hospitalisation, - En situation de fin de vie 1 fois par équipe (jour et nuit).	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les échelles d'évaluation sont EVS et AlgoPlus. En cas d'évaluation faite par un AS/AMP/ASO au chevet, l'information doit être remontée le plus tôt possible à l'IDE ou au médecin pour transmission écrite dans le dossier informatique du résident en précisant toutes les informations relatives à la douleur et l'évaluation. La prise en charge médicamenteuse est ensuite mise en place, si nécessaire, sinon des alternatives non médicamenteuses sont prévues. La douleur est réévaluée après délivrance du traitement et si elle n'est pas soulagée, l'IDE se tourne vers un médecin pour déterminer la conduite à tenir. Des alternatives non médicamenteuses sont renseignées et la procédure précise que la pratique doit être adaptée pour les douleurs induites par les soins (soins en binôme, utilisation du matériel type lève-malade ou verticalisateur). En situation de fin de vie, il appartient au médecin de mettre en place une prescription anticipée et de recourir à l'intervention d'une unité mobile de soins palliatifs si nécessaire. La seconde procédure porte sur les cas de douleurs présentant des signes de gravité (troubles de la conscience, marbrures, respirations inhabituelles, ...) chez les résidents algiques. La procédure détaille les points d'évaluation à contrôler afin de déterminer si le résident montre des signes de gravité pour déterminer si la mobilisation du médecin et de l'IDE ou du 15 est nécessaire. S'il n'y a pas de critère de gravité, et si l'IDE n'est pas sur place, l'AS administre le traitement antalgique préparé par l'IDE et identifié au nom du résident. Une nouvelle évaluation est faite après prise du traitement pour mesurer son efficacité. Le résultat de cette évaluation et tout changement de l'état du résident doit être tracé dans le logiciel de soins.	
3.8.2.25	<u>Protocole soins palliatifs et fin de vie</u> L'établissement a transmis plusieurs documents relatifs aux soins palliatifs : – Un document commun aux établissements du CASVP sur l'organisation des soins palliatifs en EHPAD, – Un guide de bonnes pratiques propre à l'établissement en date du 18 août 2017, – Une convention, qui était valable jusqu'au 13 septembre 2024, avec une association de bénévoles intervenant auprès des résidents en situation de soins palliatifs ainsi que de leurs proches, – Ainsi qu'un document faisant le bilan des interventions de l'association dans l'EHPAD en 2022 et 2023. Le document relatif à l'organisation des soins palliatifs dans les établissements du CASVP, du 10 mars 2023, précise que tous les soignants prenant en charge un résident participent à identifier si celui-ci nécessite la mise en place de la démarche palliative. Si un résident est identifié, un échange IDE/AS/Médecin se met en place et	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	une grille d'évaluation du recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs est remplie et si le score correspond au seuil fixé, le médecin coordonnateur et/ou l'IDEC recueillent les directives anticipées du résident et contactent la famille. Une réunion pluridisciplinaire entre le personnel de l'établissement et l'équipe mobile de soins palliatifs est organisée et la décision de mise en place de la démarche palliative est tracée dans le logiciel de soins puis annoncée au résident, sa famille et/ou sa personne de confiance ainsi que le personnel de l'établissement. La démarche engagée est réévaluée à 6 mois puis 1 an dans le PAP. Le guide de bonne pratique de l'établissement porte sur les thèmes suivants : la prise en charge de la douleur, l'objectif de lever les inforts des résidents en fin de vie, répondre aux besoins quotidiens du résident en fin de vie (alimentation, hydratation, soins corporels, adaptation de l'environnement et aisance corporelle), la dimension psychologique de cet accompagnement auprès du résident de son entourage, mais aussi des soignants intervenants, l'approche des différents rites religieux et l'association bénévole en lien avec l'établissement. Le RAMA détaille l'accompagnement fait par les bénévoles auprès des résidents sur l'année. Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel	
3.4.3.9	L'établissement a transmis une extraction de son logiciel de soin qui contient la dernière pesée renseignée du résident, son poids, l'évolution par rapport à la pesée précédente et l'IMC. Si seulement 8 des 203 résidents renseignés ne disposent pas d'une pesée datant d'un mois ou moins, en l'absence de données supplémentaires, la Mission ne peut confirmer que les résidents sont pesés mensuellement dans l'établissement. La colonne réservée aux IMC n'est pas renseignée pour 78 résidents ce qui ne permet pas à la Mission d'évaluer pleinement l'état nutritionnel des résidents dans l'établissement.	Écart 15: L'établissement n'ayant pas transmis les documents demandés, la Mission ne peut s'assurer du suivi mensuel des pesées et de l'état nutritionnel des personnes accueillies, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<u>Personnels médicaux et paramédicaux libéraux</u>	
	L'établissement a transmis les conventions signées ainsi que les plannings des trois kinésithérapeutes intervenant dans l'EHPAD :	
4.2.1.2	- Le premier intervient les lundis, mardis, jeudis et vendredis matin, - Le second intervient les lundis et mercredis après-midi ainsi que les vendredis matin, - Le dernier intervient les mardis et jeudis après-midi.	
	113 résidents sont suivis par un kinésithérapeute d'après l'établissement.	

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

Écart 1 :	Le taux d'occupation de l'établissement est inférieur à 95% ce qui contrevient à l'article L313-4 du CASF.	11
Écart 2 :	Le plan bleu de l'établissement n'est pas conforme à la réglementation, ce qui contrevient à l'article D312-160 du CASF.	13
Écart 3 :	L'établissement n'a pas transmis tous les arrêtés de nominations et inscriptions à l'Ordre National des Infirmiers des cadres de santé de l'EHPAD, ce qui contrevient à l'article R4112-1 du CSP.	15
Écart 4 :	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.	15
Écart 5 :	Tous les relevés de conclusion ne sont pas systématiquement signés par le président du CVS et ne font pas mention du secrétaire de séance, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D311-20 du CASF.	16
Écart 6 :	L'absence d'identification permettant de vérifier si les avis valablement émis respectent la supériorité du nombre des représentants des personnes accompagnées, de leurs familles et représentants légaux à la moitié des membres, contrevient à l'article D311-17 du CASF.	16
Écart 7 :	L'absence de PACQ et d'un COPIL qualité ne permet pas un développement optimal d'une prise en charge pour les personnes accueillies et du bon fonctionnement de l'établissement, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	18
Écart 8 :	Le dernier rapport d'évaluation externe établi en 2014 est obsolète, ce qui contrevient à l'article L312-8 du CASF.	20
Écart 9 :	Un événement dont les faits relèvent de l'EIG a été classé comme EI dans le suivi de l'établissement, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.	26
Écart 10 :	Les plannings montrent que les effectifs soignants sont insuffisants dans certaines unités de l'EHPAD, ce qui ne garantit pas la sécurité des personnes accueillies et contrevient à l'article L311-3 1° du CASF.	37
Écart 11 :	L'absence de différenciation des tâches d'aide-soignante et des AMP entraîne un glissement de tâches entre ces deux professions, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.	43
Écart 12 :	La procédure transmise par l'établissement ne permet pas de garantir la participation directe du résident à l'élaboration de son PAP, ce qui contrevient à l'article L311-3, 3° du CASF.	46
Écart 13 :	Moins de la moitié des résidents présents le jour du contrôle dispose d'un PAP à jour, ce qui contrevient à l'article L311-3, 3° du CASF.	46
Écart 14 :	Au vu du document transmis, le résident se voit attribuer un médecin traitant salarié de l'établissement en fonction de son bâtiment et non par choix, ce qui contrevient aux articles L1110-8 du CSP et L311-3, 1° du CASF.	48
Écart 15 :	L'établissement n'ayant pas transmis les documents demandés, la Mission ne peut s'assurer du suivi mensuel des pesées et de l'état nutritionnel des personnes accueillies, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.	53

Remarques

Remarque 1 :	L'organigramme de l'établissement ne traduit pas les liens fonctionnels et n'indique pas les ETP des personnels.	13
Remarque 2 :	Le règlement intérieur du CVS ne précise pas l'obligation de présentation des dysfonctionnements et des événements indésirables.	18
		55/63

Remarque 3 :	Le courrier d'engagement dans la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance des personnes âgées ne reprend pas la définition de la maltraitance de 2022.	20
Remarque 4 :	La démarche de lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil.	20
Remarque 5 :	Le règlement de fonctionnement de l'établissement ne mentionne pas l'obligation d'informer la direction de toute situation réelle ou supposée de maltraitance de la part des résidents comme des salariés.	21
Remarque 6 :	L'établissement ne dispose pas de procédure spécifique aux situations de violences ou d'harcèlement sexuel.	23
Remarque 7 :	L'établissement ne disposant pas d'un PACQ, les actions d'amélioration issues des enquêtes de satisfaction ne peuvent y être intégrées.	24
Remarque 8 :	Toutes les plaintes et réclamations de l'établissement ne sont pas répertoriées dans le tableau de suivi dédié.	24
Remarque 9 :	Les plans de développement des compétences ne comportent pas de formations relatives aux EI.	25
Remarque 10 :	Aucun élément transmis à la Mission ne permet de montrer que les mesures prises dans le cadre des déclarations d'EI/EIG sont incluses dans le Plan d'amélioration continue de la qualité.	25
Remarque 11 :	L'établissement n'a transmis aucun RETEX pour les EIG survenus en 2024.	26
Remarque 12 :	Un agent figurant dans le tableau des effectifs n'a pas de fonction identifiée.	27
Remarque 13 :	Les dates d'arrivée et de sortie ne sont pas systématiquement renseignées dans le tableau des effectifs.	27
Remarque 14 :	L'établissement n'a pas transmis le plan de développement de compétences N-1.	32
Remarque 15 :	Peu de professionnels ont été formés sur la bientraitance.	32
Remarque 16 :	Le plan de formation ne comporte pas de formation relative au repérage de la maltraitance.	32
Remarque 17 :	Il n'existe pas de protocole spécifique à l'accueil des nouveaux arrivants au sein de l'établissement.	36
Remarque 18 :	Les plannings des équipes IDE de jour et de nuit n'ont pas été transmis.	37
Remarque 19 :	La fiche de tâches hebdomadaires des ASO n'a pas été transmise.	37
Remarque 20 :	Le projet d'établissement ne fait pas apparaître l'effectif cible intervenant la nuit.	37
Remarque 21 :	Il n'existe pas de procédure relative à la gestion des absences inopinées pour l'équipe soignante	43
Remarque 22 :	Le tableau récapitulant les diplômes AS-IDE ne mentionne pas l'inscription effective à l'Ordre national des infirmiers et n'inclut pas la totalité des soignants intervenant la nuit	43
Remarque 23 :	La procédure « annexe au contrat de séjour » n'est pas signée.	45
Remarque 24 :	L'établissement n'a pas transmis d'indicateurs permettant d'évaluer la qualité du système d'appels malade.	47

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD «Cousin de Méricourt», géré par le CASVP a été réalisé le 20 septembre 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 :

- Gouvernance :
 - o Un projet d'établissement conforme à la réglementation.
- Prises en charge :
 - o La régularité des réunions CVS qui est informé des EI/EIG,
 - o L'intervention de nombreux bénévoles,
 - o La diffusion annuelle des enquêtes de satisfaction,
 - o Des protocoles soins complet,
 - o Tous les résidents sont suivis par un médecin traitant.
- Fonctions support
 - o Une équipe soignante ancienne, ce qui traduit une stabilité de l'équipe
 - o Un plan de développement des compétences fournit.

Elle a également relevé un écart majeur en matière de gouvernance en l'absence de médecin coordonnateur. La Mission a également constaté d'autres écarts :

- o Le taux d'occupation de l'établissement est inférieur à 95%,
 - o Le plan bleu de l'établissement n'est pas conforme à la réglementation,
 - o L'établissement n'a pas transmis tous les arrêtés de nominations et inscriptions à l'Ordre National des Infirmiers des cadres de santé de l'EHPAD,
 - o Tous les relevés de conclusion ne sont pas systématiquement signés par le président du CVS et ne font pas mention du secrétaire de séance,
 - o L'absence d'identification permettant de vérifier si les avis valablement émis respectent la supériorité du nombre des représentants des personnes accompagnées, de leurs familles et représentants légaux à la moitié des membres,
 - o L'absence de PACQ et d'un COPIL qualité ne permet pas un développement optimal d'une prise en charge pour les personnes accueillies et du bon fonctionnement de l'établissement,
 - o Le dernier rapport d'évaluation externe établi en 2014 est obsolète,
 - o Un évènement dont les faits relèvent de l'EIG a été classé comme EI dans le suivi de l'établissement,
- Prises en charge
 - o Moins de la moitié des résidents présents le jour du contrôle dispose d'un PAP à jour,
 - o La procédure transmise par l'établissement ne permet pas de garantir la participation directe du résident à l'élaboration de son PAP,
 - o Le résident se voit attribuer un médecin traitant salarié de l'établissement en fonction de son bâtiment et non par choix,
 - o L'établissement n'ayant pas transmis les documents demandés, la Mission ne peut s'assurer du suivi mensuel des pesées et de l'état nutritionnel des personnes accueillies
 - Fonctions support
 - o Les plannings montrent que les effectifs soignants sont insuffisants dans certaines unités de l'EHPAD, ce qui ne garantit pas la sécurité des personnes accueillies,
 - o L'absence de différenciation des tâches d'aide-soignante, des AMP entraîne un glissement de tâches entre ces deux professions.

Des remarques majeures ont été observés :

- Le courrier d'engagement dans la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance des personnes âgées ne reprend pas la définition de la maltraitance de 2022.
- Le règlement de fonctionnement de l'établissement ne mentionne pas l'obligation d'informer la direction de toute situation réelle ou supposée de maltraitance de la part des résidents comme des salariés.
- Le plan de formation ne comporte pas de formation relative au repérage de la maltraitance.
- Toutes les plaintes et réclamations de l'établissement ne sont pas répertoriées dans le tableau de suivi dédié
- Le tableau récapitulant les diplômes AS-IDE ne mentionne pas l'inscription effective à l'Ordre national des infirmiers et n'inclut pas la totalité des soignants intervenant la nuit
- L'établissement n'a pas transmis d'indicateurs permettant d'évaluer la qualité du système d'appels malade.

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

Paris, le 08/07/2025

Maïguyem GOLSALA
 Coordinatrice de la mission de contrôle
 Chargée du contrôle des ESMS parisiens,
 Ville de Paris



Dalhia ELENGA,
 Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale,
 ARS Ile-de-France



Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de Mission des agents chargés du contrôle



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

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

Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'autonomie
Affaire suivie par : Maiguyem Golsala
Courriel : maiguyem.golsala@paris.fr

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : Conrad Lajusticia
Courriel : conrad.lajusticia@ars.sante.fr

Madame Maiguyem GOLSALA, coordinatrice
de la mission de contrôle, chargée de contrôle
des ESMS parisiens, Sous-direction de
l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de
Paris

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

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

Paris, le 20 septembre 2024

Mesdames, Monsieur,

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

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

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence santé Cousin de Méricourt (FINESS géographique 940803356) situé au 15 avenue Cousin de Méricourt, 94230 Cachan, géré par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, qui sera mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

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

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 00 00
Redevance ars.sans

94700 Quai de la Râpée
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

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

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

Le contrôle, sur pièces, sera réalisé à compter du 20 septembre 2024. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. La mission pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

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

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

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

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris



Pour la Mairie de Paris et par délégation,

Adjointe

nomie



Annexe 2 : Liste des documents demandés

Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces EHPAD Cousin de Méricourt

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

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



13 rue du Landy
Rappée
93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00
Paris, Tel : 01 43 47 77 77
iledefrance.ars.sante.fr

94-96 quai de la
75012
Paris.fr

