

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Résidence du Marais 11 rue Barbette 75003 PARIS N° FINESS : 750041402	
<u>RAPPORT DE CONTRÔLE</u> N°2024_IDF_00012 Contrôle sur pièces du 20 septembre 2024	
<u>Mission conduite par :</u> - Madame Christel ROUGY, coordinatrice de la mission d'inspection, ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France - Anne NIGEON, chargée de contrôle des ESMS Parisiens, Sous-direction de l'Autonomie Direction des Solidarités, Ville de Paris	
<u>Note d'information</u> Madame Christel Rougy et Madame Anne Nigeon ayant quitté la mission, conformément au courrier d'information annexé au présent rapport, elles ont été remplacées par Madame Dalhia Elenga et Monsieur Frédéric Musso, signataires du présent rapport.	
<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 disjointre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions* ».

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	6
Contexte de la mission de contrôle.....	6
Modalités de mise en œuvre	6
Présentation de l'établissement.....	7
Constats.....	9
Gouvernance	10
Conformité aux conditions de l'autorisation	10
Management et Stratégie.....	10
Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS).....	16
Gestion de la qualité.....	17
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	19
Fonctions support.....	22
Gestion des ressources humaines	22
Prises en charge.....	39
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	39
Respect des droits des personnes	40
Soins.....	42
Coordination avec les autres secteurs.....	45
Conclusion	51
Glossaire.....	53
ANNEXES.....	54
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	54
Annexe 2 : Lettre de mission modificatrice	56
Annexe 3 : Liste des documents demandés.....	58

Synthèse

Données générales sur l'établissement

Nom	Résidence du Marais	Capacité hébergement permanent	31
Adresse	11 rue Barbette	Places habilités aide sociale	0
Arrondissement	75003	Présence d'une UVP	0
Gestionnaire	SOCIÉTÉ DU MARAIS	Places en UHR	0
Statut juridique	Privé lucratif	Places en PASA	0

L'établissement a signé un CPOM 2018-2022 le 2/02/2018

Éléments déclencheurs de la mission

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

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan, dans un calendrier prenant en compte la date prévisionnelle de signature du CPOM, l'EHPAD étant classé dans une catégorie de risque limité ne justifiant pas d'emblée d'un contrôle sur place (inspection).

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.

Points forts de l'établissement relevés par la mission

- La présence d'un Medco et d'un DEC
- L'établissement a transmis une procédure spécifique à la maltraitance et une relative aux enquêtes suites situations de harcèlement et de violences.
- L'établissement s'est doté d'une charte de prévention et de gestion du harcèlement moral.
- Une procédure relative aux contentions, très complète, a été transmise.
- Les valeurs de l'établissement sont déclinées dans le projet d'établissement et dans le livret d'accueil du nouveau salarié

Ecarts constatés par la mission :

- Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95% (Article l'article R314-160 du CASF et Arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R.314-160 du CASF).
- L'établissement n'a pas transmis son règlement de fonctionnement. La mission ne pas s'assurer que l'établissement dispose d'un règlement de fonctionnement au sens de l'article L311-7 CASF.
- Le projet d'établissement transmis date de plus de 5 ans (Article L311-8 du CASF).
- Les éléments suivants sont absents du plan bleu : la procédure de gestion des décès massifs, la procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement, la procédure de rappel du personnel, les procédures concernant les ruptures de flux (électricité, eau, gaz), la procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan, ce qui contrevient à l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

- La mission n'a pas de preuve de la qualification reconnue du directeur, ce qui contrevient à la circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007.
- Un bilan des EI/EIG et des plaintes survenues dans l'établissement et des actions correctives engagées n'est pas présenté au CVS, ce qui contrevient à l'article R.331-10 du CASF.
- La dernière évaluation externe a été réalisée en 2014, ce qui contrevient à l'article D.312-204 du CASF.
- Aucun EIG n'ont été transmis aux autorités administratives compétentes (L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016).
- Employer un ADV comme AS de nuit alors qu'il n'a pas son DE AS contrevient à l'article L.430-1 à L.4394-5 du CSP.
- Le manque d'effectifs soignants contrevient à l'article L311-3 1° et 3° sur la sécurité et l'accompagnement de qualité des résidents.
- La sécurité des résidents et l'accompagnement de qualité auxquels ils ont droit ne sont pas assurés au vu du taux de rotation des personnels, ce qui contrevient aux articles L311-3 1° et 3° du CASF.
- Employer un ADV de nuit comme AS non diplômé (VAE AS en cours) peut nuire à la sécurité des résidents et contrevient à l'article L311-3 du CASF sécurité des résidents.
- Les transmissions inter-équipes ne sont pas prévues dans l'organisation, ce qui contrevient aux articles R4311- 1 à 4 du CSP.
- Dans la fiche de poste AS, il est écrit « aider à la prise de médicaments sous délégation de l'IDE... », ce qui contrevient à la notion de collaboration avec les soignants telle que définie à l'article R4311-4 du CSP.
- Exercer la profession d'AS sans être titulaire du DE d'AS ou du certificat d'aptitude aux fonctions d'AS ou du diplôme professionnel d'AS contrevient à l'article L.4391-1 du CSP.
- Le contrat de séjour transmis ne comporte par une annexe relative à l'exercice de la liberté d'aller et venir ce qui contrevient à l'article L311-4-1 du CASF.

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 de contrôle

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

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

Les informations connues par l'ARS et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD « Résidence du Marais », situé au 11 rue Barbette 75003 PARIS, FINESS n°750803769, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

Le 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

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

10. Coordination avec les autres secteurs

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 :
 - de connexion de l'inspecté aux outils sécurisés <https://collecte-pro.gouv.fr/> ainsi que <https://bluefiles.com/fr> qui ont été utilisés pour la transmission des documents,
 - et de dépôt de documents (réponse au questionnaire, éléments probants).

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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 11 rue Barbette à Paris (75003), l'EHPAD «Résidence du Marais» est géré par le GIE Santé et Retraite dont le siège social est domicilié au 11 bis rue Barbette 75003 Paris.

L'établissement dispose de 31 places en hébergement permanent. Il n'est pas habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS [REDACTED] au 23/01/2018. Ainsi, le GMP est en dessous et le PMP en dessus des chiffres médians régionaux¹.

28 résidents étaient présents le 20 septembre 2024.

La décision tarifaire de l'ARS en date du 13 juillet 2023 fixe le forfait global soins à **572 178 €**.

Le CPOM 2018-2022 a été signé le 2/02/2018 avec un avenant de prorogation en 2023 et 2024. Ses principaux objectifs sont :

- Garantir une prise en charge personnalisée et adaptée aux besoins des résidents accueillis, dans ses aspects individuels et collectifs
- Renforcer la compétence et la qualité professionnelle de l'ensemble des salariés
- Garantir la sécurité de la prise en charge des résidents
- Evaluer systématiquement à l'entrée puis régulièrement l'état de santé du résident et lui proposer des soins adaptés
- Assurer une prise en charge médicale de qualité

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)

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Résidence du Marais	
Nom de l'organisme gestionnaire	GIE Santé et Retraite	
Numéro FINESS géographique	750041402	
Numéro FINESS juridique	750041394	
Statut juridique	Privé lucratif	
Pharmacie à usage interne (PUI)	NON	
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée
	HP ²	31
	HT ³	0
	UVP ⁴	0
	PASA ⁵	0
	UHR ⁶	0
	UPHV ⁷	0
	AJ ⁸	0
	AN ⁹	0
	PFR ¹⁰	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0	

² Hébergement permanent

³ Hébergement temporaire

⁴ Unité de vie protégé / unité protégé

⁵ Pôle d'activité et de soins adaptés

⁶ Unité d'hébergement renforcée

⁷ Unité pour personnes âgées vieillissantes

⁸ Accueil de jour

⁹ Accueil de nuit

¹⁰ Plateformes d'accompagnement et de répit

Constats

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

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

Remarque : noté « Rq » : 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	Conformité aux conditions d'autorisation	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.1.1.2	Depuis 2003, l'EHPAD « ... est autorisé à fonctionner à hauteur d'une capacité de 31 lits... » En mars 2017, suite à l'évaluation externe de la résidence, cette autorisation a été renouvelée pour 15 ans.	Le jour du contrôle, 24 résidents y sont accueillis soit un taux d'occupation (TO) de 77.4%	Ecart n°1 : Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95% (Article l'article R314-160 du CASF et Arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R.314-160 du CASF).
1.1.3.1	Répartition des résidents en fonction du GIR de l'établissement est conforme à la réglementation puisque celle des GIR 2 et 3 est bien supérieur à la norme attendue (15 %).	La répartition des GIR	

Management et Stratégie

N°IGAS	Conformité aux conditions de fonctionnement	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement L'établissement n'a pas transmis son règlement de fonctionnement. Pourtant, dans le projet d'établissement (PE), il y est fait référence au point 3.2.		Ecart n°2 : L'établissement n'ayant pas transmis son règlement de fonctionnement, la mission ne peut pas vérifier s'il répond aux attendus réglementaires de l'article L311-7 CASF.
1.2.1.4	Le projet d'établissement Si le projet d'établissement (PE) 2019 – 2023 fourni par l'EHPAD n'a plus cours, un COPIL de pilotage pour le PE 2025-2029 s'est réuni mi-septembre 2024. Une équipe pluridisciplinaire en interne et en externe (directeur, cadre de santé, consultant qualité, IDE, animatrice, agent de maintenance, secrétaire, kinésithérapeute, psychologue, adjoint comptable et gouvernante) a participé à cette réunion de lancement. La Mission de contrôle remarque l'absence de médecin et notamment celle du médecin coordonnateur non inscrit dans la liste des membres du COPIL.		Ecart n°3 : Le projet d'établissement transmis date de plus de 5 ans, ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le PE 2019- 2023 n'avait pas été signé par l'organisme gestionnaire. La Mission n'a pas la preuve de sa présentation au CVS pour avis. Les 93 pages du document n'ont pas été transmises ni à la Ville de Paris, ni à l'ARS. Après la définition du projet institutionnel avec un rappel des obligations légales, le cadrage du projet institutionnel était le suivant : « ... L'équipe pluridisciplinaire de la résidence du marais s'engage par ce projet à : a) Prendre en charge le résident dans une approche systémique, c'est à dire dans une approche globale et individuelle (biologique, psychologique, socioculturelle) où tous les sous-systèmes sont en interaction, b) Comprendre le résident pour mieux l'aider en prenant conscience de tous les facteurs environnementaux modifiables (donner un sens aux comportements), c) Promouvoir l'autonomie et l'indépendance du résident à un niveau maximal, aider à faire pour réapprendre à faire (aux niveaux fonctionnels et mentaux), d) Préserver et promouvoir l'estime de soi du résident (attentions positives), e) Soulager la douleur et la détresse émotionnelle, f) Considérer leur chambre comme leur domicile, g) Favoriser les rapports et la communication avec l'entourage, h) Offrir un service hôtelier irréprochable... » Pour chaque sujet présenté, les points forts et les points faibles sont abordés avec les propositions d'amélioration envisagées pour : - La résidence, - Le projet de vie : très détaillé et explicite de l'accueil à la fin de vie du résident . - « La place de l'animation » est citée comme étant « la 4^{ème} mission de l'établissement » après « l'hébergement, l'aide à l'autonomie et les soins », - Le projet de soins précise l'organisation des soins avec la présentation des différents acteurs et leurs missions. Il prend en compte : - o L'admission du résident - o Les axes de prévention : ■ De la douleur, ■ De la maltraitance, ■ Des chutes, ■ De la dénutrition et des troubles alimentaires, ■ Des escarres, ■ De l'autonomie,	Remarque 1 : Au regard des projets annoncés dans le PE, aucune échéance n'est posée pour leur réalisation.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	▪ Des troubles de l'élimination, ▪ De la vaccination, ▪ De la prévention des troubles sensoriels, ▪ De l'isolement, ▪ De l'accompagnement de la fin de vie, ▪ Du décès du résident. Pour chaque axe de prévention, la définition du sujet abordée est donnée ainsi que l'évaluation et les objectifs à mettre en place sans indication de date d'aboutissement.	
1.2.1.6	<u>Le plan bleu</u> La dernière mise à jour du plan bleu transmis date mars 2024. La procédure de gestion des décès n'a pas été transmise. Les éléments suivants sont absents du plan bleu : • la procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement, • la procédure de rappel du personnel, • les procédures concernant les ruptures de flux (électricité, eau, gaz), • la procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan. Le plan bleu transmis ne remplit pas les prescriptions de l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).	Ecart n°4 : Les éléments suivants sont absents du plan bleu : La procédure de gestion des décès massifs, la procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement, la procédure de rappel du personnel, les procédures concernant les ruptures de flux (électricité, eau, gaz), la procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan, ce qui contrevient à l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.2.1	Directeur de l'établissement et organigramme de la structure Un directeur est en poste à la résidence du Marais [REDACTED] Organigramme : L'établissement a transmis un organigramme non daté, pas mis à jour. Il comporte des noms et les ETP correspondants à la fonction occupée. Ces données ne sont pas en adéquation avec le registre du personnel 2023 et des plannings fournis.	Rq 2 : L'organigramme transmis à la mission n'est pas daté et n'est pas en adéquation avec le RUP 2023 et les plannings.
1.2.2.6	Fiche de poste/Lettre de mission du directeur Dans le contrat de travail, les missions du directeur sont répertoriées en « tâches régulières » – Gérer administrativement l'EHPAD en assurant son développement, sa notoriété et son image de marque et mettre tout en œuvre pour améliorer « la bonne marche » de l'EHPAD. – Ressources humaines : le directeur recrute, supervise le personnel, – Relations externes : il est en lien avec les autorités de tutelle, il représente la société dans des colloques... – Gestion budgétaire : il négocie les budgets, les différents contrats, – Garant de la prise en charge de la personne accueillie : Accueil des résidents et leurs proches, garant de leur installation...	
1.2.2.7	Diplômes du directeur La mission n'a pas reçu les diplômes du directeur de l'EHPAD.	Ecart n°5 : La mission n'a pas de preuve de la qualification reconnue du directeur, ce qui contrevient à l'article D312-176-6 du CASF et la circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007.
1.2.2.8	Astreintes administratives Les cadres de l'établissement : directeur, médecin coordonnateur, IDEC et adjoint comptable effectuent des astreintes administratives toutes les 4 semaines. L'organisation est définie de la façon suivante : un d'eux est d'astreinte du lundi au vendredi. Il est relayé le week-end par un collègue. Ci-dessous le rythme des astreintes :	Rq 3 : Les astreintes techniques ne sont pas spécifiées dans les documents transmis.

N°IGAS	Observations ou commentaires								Constat E/R																
	<table><tr><td>Sem1</td><td>WE</td><td>Sem 2</td><td>WE</td><td>Sem 3</td><td>WE</td><td>Sem4</td><td>WE</td></tr><tr><td>Dir</td><td>Adj Compt</td><td>IDEC</td><td>Med co</td><td>Adj Compt</td><td>Dir</td><td>Med co</td><td>IDEC</td></tr></table> Le planning transmis à Mission ne fait pas état d'astreinte technique.								Sem1	WE	Sem 2	WE	Sem 3	WE	Sem4	WE	Dir	Adj Compt	IDEC	Med co	Adj Compt	Dir	Med co	IDEC	
Sem1	WE	Sem 2	WE	Sem 3	WE	Sem4	WE																		
Dir	Adj Compt	IDEC	Med co	Adj Compt	Dir	Med co	IDEC																		
1.2.2.10	Délégation de pouvoirs Les délégations de pouvoirs au directeur de l'établissement sont formalisées dans un document unique signé en octobre 2010. Le champ d'application de la délégation porte sur : - la gestion du personnel, - la gestion financière, - la gestion des relations avec les résidents et leurs familles, - la sécurité et conformité, - les relations avec les autorités compétentes. Les limites de la délégation : - La signature de conventions financières importantes, - Les décisions impliquant une modification significative des activités de l'EHPAD. La responsabilité qui est la sienne en s'engageant à « exercer ses fonctions conformément aux pouvoirs qui lui sont délégués... » Et enfin, l'acceptation de la délégation																								
1.2.2.12	Présence et qualifications de l'IDEC Une IDE diplômée [REDACTED] exerce à temps plein en tant qu'IDEC [REDACTED] à l'EHPAD du Marais. Sa fiche de poste décrit ses différentes missions au sein de la structure : Soins : - Préadmissions : donne son avis au vu du profil du résident souhaitant entrer à l'EHPAD, - Organise le travail des soignants et suit la réalisation des activités,																								

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	▪ Prépare et distribue les médicaments, ▪ S'assure des besoins en matériels, ▪ S'assure de la tenue des dossiers médicaux, ▪ Coordonne les évaluations initiales et ponctuelles de prise en soins, ▪ Prend les RDV médicaux, ▪ Participe au plan bleu, à l'élaboration et à la révision des différentes procédures de soins. – Hôtellerie : ▪ Organise et contrôle le bionettoyage, ▪ Définit les plans de tables et s'assure du respect des prescriptions médicales. – Admissions et sorties : accueille les résidents et gère les sorties en lien avec les médecins traitants... – Communication : ▪ Entretient des relations privilégiées avec la direction, les médecins, des relations suivies avec les résidents et les familles ▪ Anime des réunions avec le personnel L'attestation d'inscription à l'Ordre National des Infirmiers fourni à la mission date d'octobre 2023.	
1.2.2.14	Présence et temps de travail du médecin-coordonnateur Le médecin coordonnateur travaille d [REDACTED] au sein de l'établissement. Dans l'organigramme fourni, son temps de temps de travail est de [REDACTED] ETP (équivalent temps plein) mais le contrat de travail transmis indique qu'il est présent à hauteur de [REDACTED] ETP dans la structure. En l'absence de transmission d'avenant au contrat de travail, la mission ne peut vérifier la conformité de l'augmentation du temps de travail du médecin coordonnateur à [REDACTED] ETP qui est le temps minimal requis pour un EHPAD avec cette capacité. La Mission a reçu son inscription 2024 à l'Ordre des médecins.	Ecart n°6 : La mission ne peut pas vérifier si le temps de présence du médecin coordonnateur de la structure est conforme à l'article D312-156 du CASF.
1.2.2.15	Qualifications du médecin-coordonnateur Le médecin coordonnateur dispose d'un diplôme universitaire [REDACTED] Le contrat de travail transmis indique les missions principales du médecin coordonnateur : participer au projet de soins de l'établissement et définir le projet de soins des résidents de l'EHPAD, participer à la visite médicale d'admission des résidents et au retour d'hospitalisation, assurer des formations auprès du personnel paramédical de	Rq 4 : En l'absence de document transmis, la mission ne peut déterminer si le médecin coordonnateur dispose d'une de fiche de poste détaillant ses missions.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	l'établissement, définir et garantir la prévention des infections nosocomiales, intervenir sur les risques de dysfonctionnement médical et proposer des mesures à prendre. Il est également indiqué que ses missions ne sont pas exhaustives et sont amenées à changer. En l'absence de transmission d'une fiche de poste, la mission ne peut vérifier si les missions du médecin coordonnateur, telles qu'inscrites à l'article D312-158 du CASF, sont reprises dans un document dédié.	

Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS)

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.3.3.1	Conseil de la Vie Sociale Un CVS est en place dans l'établissement. D'après les éléments transmis, le collège des familles et résidents comportent quatre membres qui représentent plus de la moitié des membres du Conseil de la Vie Social. La composition du CVS telle que définie dans le règlement n'apparaît pas clairement et ne permet pas d'identifier le nombre de représentants ni le nombre de collèges. L'ordre du jour ne mentionne pas les points pour avis et les points pour information, les votes des points pour avis n'apparaissent pas. Le règlement intérieur du CVS date du 29 mars 2024. Celui-ci mentionne bien que « Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil. » Il est précisé que le directeur de l'établissement siège avec voix consultative puisqu'il n'est pas membre de droit. Les comptes rendus font apparaître qu'il siège régulièrement en tant que représentant de l'organisme gestionnaire, donc comme membre de droit, ce qui est contraire à la réglementation. Il n'est pas systématiquement précisé dans le compte-rendu si les membres présents sont titulaires ou suppléants. En 2023, 3 CVS se sont tenus et 2 ont pour l'instant eu lieu en 2024. Tous les comptes-rendus ont été transmis, les principaux sujets abordés sont : • Les travaux des locaux et maintenances dans l'établissement • Les mouvements RH dans l'établissement	Ecart n°7 : La Mission ne peut vérifier que la composition du CVS est conforme à la réglementation en vigueur (Cf. article D.311-5 du CASF). Ecart n°8 : La Mission n'a pas s'assurer que les avis sont valablement émis (Cf. article D.311-17 du CASF). Ecart n°9 : Le directeur n'est pas membre de droit et siège avec voix consultative (Cf. article D.311-9 du CASF). Ecart n°10 : Le secrétaire de séance n'apparaît pas dans le compte-rendu, celui-ci ne mentionne pas l'approbation du compte-

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
	• Les suggestions et retours des résidents • Les projets à venir dans l'EHPAD • Les menus • La future évaluation HAS • Le programme d'animation de l'EHPAD. Les comptes-rendus ne font pas apparaître l'ensemble des membres du Conseil, voire fait apparaître la présence de deux présidents. La désignation du secrétaire de séance n'est pas explicitement mentionnée. Le compte-rendu n'est pas signé uniquement par le président du CVS. Le compte-rendu ne fait pas apparaître l'approbation par le Conseil du compte-rendu de la séance précédente.	rendu de la séance précédente et n'est pas signé uniquement du président (Cf. article D.311-20 du CASF).
1.3.3.2	<u>Présentation des EI et dysfonctionnement en CVS</u> Les compte-rendu des 3 CVS réalisés en 2023 ne laissent pas apparaître d'information sur les EI et plaintes-réclamations. Le sujet est évoqué dans l'ordre du jour du compte-rendu du 06/06/2024 mais n'est pas détaillé. La mission ne peut donc déterminer si les plaintes, réclamations, événements indésirables, événements indésirables graves et les actions correctives engagées sont présentées au CVS.	Ecart n°11 : Un bilan des EI/EIG et des plaintes survenues dans l'établissement et des actions correctives engagées n'est pas présenté au CVS, ce qui contrevient à l'article R.331-10 du CASF.

Gestion de la qualité

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.4.1.7	<u>Plan d'amélioration continue de la qualité</u> L'établissement a transmis un plan d'amélioration continue de la qualité. En septembre 2024, la réalisation et le suivi de ces actions ont basculés vers le logiciel Qualinéo. Celui-ci présente 32 actions dont 11 sont terminées, et 21 en cours. Il existe bien un référent par action, et un échéancier.	

1.4.2.1	<u>Évaluations interne et externe</u> L'évaluation externe transmise date de 2014, elle est ainsi datée de plus de 5 ans ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-204 du CASF. L'établissement a également transmis une évaluation interne qui date de 2013. Le compte-rendu du CVS du 15 juillet 2024 indique qu'un cabinet a été missionné pour octobre 2024 pour réaliser une nouvelle évaluation externe et interne. Celui-ci indique également qu'une labélisation de l'établissement par la HAS est prévue.	Ecart n°12 : La dernière évaluation externe a été réalisée en 2014, ce qui contrevient à l'article D.312-204 du CASF.
1.4.3.1	<u>Politique de bientraitance et de lutte contre la maltraitance</u> L'établissement a transmis une procédure spécifique à la maltraitance et une relative aux enquêtes pour les situations de harcèlement et de violences. La procédure relative aux traitements des situations de maltraitements de septembre 2024 indique que : « La résidence du marais organise à destination des professionnels : Des accompagnements par le biais : • Des analyses de pratique, • Des groupes de parole et/ou de régulation, • Des ateliers pratiques en établissement, • Des réunions de travail, • Des comités de retour d'expérience (CREX), • Des échanges en équipe pluridisciplinaire, • Des journées thématiques (éthique, gestion des situations difficiles, recommandation de bonne pratique sur la bientraitance, etc.), • Des sessions de formation sur les droits des résidents et/ou des personnes accueillies, encadrés par la réglementation. De même, ces actions sont mesurées quantitativement et qualitativement tous les ans à l'aide d'indicateurs. » L'établissement s'est également doté d'une charte de prévention et de gestion du harcèlement moral. <u>Le projet d'établissement</u>	Rq 5 : La politique de bientraitance et de lutte contre la maltraitance annoncée dans la procédure relative aux traitements des situations de maltraitements de septembre 2024 n'est pas abordé dans le projet d'établissement.

	Le projet d'établissement (caduque aujourd'hui) comporte deux paragraphes généraux sur la lutte contre la maltraitance. <u>Formation des salariés</u> Aucune formation sur la bientraitance et la lutte contre la maltraitance n'a été suivie en 2023. Le plan de développement des compétences 2024 prévoyait la formation de tous les salariés sur ce sujet. Le plan de formation réalisées en 2024 indique une formation des équipes soignantes sur ce sujet en octobre 2024. <u>Livret d'accueil du résident</u> Le livret d'accueil du résident donne le numéro d'Allo Maltraitance et indique que chaque personnel de la résidence est formé, sensibilisée régulièrement aux actes et attitudes bienveillants. <u>Livret d'accueil du nouveau salarié</u> La charte des droits et libertés de la personne accueillie et la charte des Droits et Libertés de la personne âgée dépendante sont remises avec le livret d'accueil du nouveau salarié. Les procédures dont s'est doté l'établissement en septembre 2024 montrent une réelle volonté de l'établissement de réaliser une politique de bientraitance et de lutte contre la maltraitance. Il reste à inscrire celle-ci dans le temps, par la mise en pratique de ces procédures et en commençant par la formation régulière des salariés sur ce sujet et sa déclinaison dans le nouveau projet d'établissement.	
--	--	--

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.5.1.1	<u>Enregistrement, traitement et suivi des plaintes/enquêtes de satisfaction</u> <u>Les enquêtes de satisfaction :</u>	Rq 6 : L'enquête de satisfaction de 2022 et le questionnaire pour l'enquête de satisfaction 2024 ne concerne que les résidents.

	L'établissement a transmis une enquête de satisfaction pour 2022 auprès des résidents uniquement, et aucune évaluation pour 2023. Les motifs d'insatisfaction relevés par l'enquête 2022 (ambiance et cadre pour la restauration, entretien du linge personnel, animations individuelles, informations sur les soins) n'ont pas donné d'actions d'améliorations dans le PACQ transmis. Un questionnaire a également été transmis pour une enquête de satisfaction en cours (2024) toujours uniquement envers les résidents. <u>Les plaintes et réclamations</u> Une procédure récente (en date du 20 septembre 2024) pour la gestion des réclamations a été transmise par l'établissement (Le PACQ transmis indique qu'il n'existait pas de procédure écrite auparavant) : • Les résidents ou les proches peuvent exprimer leurs plaintes ou réclamations soit directement de manière orale, par écrit par une fiche papier (le modèle de fiche a été fourni), par courriel sur une adresse courriel dédiée ou par le biais d'un QR Code directement relié au logiciel qualifié de l'établissement Qualinéo. Toutes les plaintes d'une certaine importance font l'objet d'un enregistrement sur Qualinéo et sont adressées au directeur de l'établissement. • Le directeur de l'établissement désigne une personne responsable de l'investigation et de la rédaction d'une réponse. Les plaintes/réclamations font l'objet d'un bilan au CVS. En pratique sur le traitement des plaintes et réclamations, l'établissement a fourni trois plaintes de proches et les réponses qui y ont été données.	Rq 7 : Les motifs d'insatisfaction relevés par l'enquête 2022 n'ont pas donné d'actions d'améliorations dans le PACQ transmis.
1.5.1.3	<u>Gestion des EI/EIG</u> <u>Procédure :</u> L'établissement a transmis une procédure de traitement des EI et EIGS en date du 18/09/2024. La fiche « Je signale » est utilisée à la fois pour les EI et pour les plaintes et réclamations ce qui est de nature à entraîner une confusion dans le traitement de chaque catégorie d'évènement. L'analyse approfondie des causes de l'EIG contenant le plan d'actions est organisée par le Directeur en COPIL le mois suivant l'EIG, notamment via la grille ALARM.	Rq 8 : L'utilisation de la fiche « Je signale » à la fois pour les EI et pour les plaintes et réclamations est de nature à créer une confusion dans leur traitement. Rq 9 : La procédure de gestion des EI/EIG ne mentionne pas l'obligation de signalement au procureur lorsqu'il s'agit d'une suspicion de maltraitance, de situations de violences, de harcèlements sexuels ou de situations d'agression.

1.5.1.5	La charte d'incitation à la déclaration des EI est jointe à la procédure. Elle ne mentionne pas l'obligation de signalement au procureur lorsqu'il s'agit d'une suspicion de maltraitance, de situations de violences, de harcèlements sexuels ou de situations d'agression. Le lien avec la procédure spécifique relative aux traitements des situations de maltraitances de septembre 2024 établie par l'établissement n'est pas établi. <u>Formations :</u> Les plans formations des professionnels transmis ne mentionnent pas de formation sur la déclaration des EI/EIG. <u>Analyses et suivi – Déclaration des EI/EIG</u> La liste des EI/EIG transmise ne comporte que 5 événements, non classés en EI/EIG, [REDACTED] Aucun RETEX d'EIG n'a été fourni lors du présent contrôle. Le PACQ transmis mentionne l'identification d'une action (datant de septembre 2024) sur la mise en place d'une réunion d'analyse globale des EI/EIG et la désignation d'un responsable qualité. Cette action n'est que classée médium pour son niveau de priorité. De plus, la déclaration de ces EIG aux autorités de contrôle sont obligatoires. Or ni l'ARS, ni la Ville de Paris n'ont été informés d'EIG survenus dans l'établissement. Tous ces constats témoignent d'une culture très récente de la gestion des EI/EIG au niveau de l'établissement dont le développement est à inscrire à la fois dans le projet et dans la culture de l'établissement.	Rq 10 : La procédure de gestion des EI/EIG ne mentionne pas la procédure spécifique relative aux traitements des situations de maltraitances de septembre 2024. Rq 11 : Les plans de formations des professionnels ne mentionnent pas de formation sur la déclaration des EI/EIG. Rq 12 : Aucun RETEX d'EIG n'a été transmis lors du présent contrôle. Ecart n°13 : Aucun EIG n'a été transmis aux autorités administratives compétentes (Références : Articles L331-8-1 et R331-8 et -9 du CASF et arrêté du 28 décembre 2016).
---------	---	--

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR																																							
2.1.1.1	Effectifs L'établissement a fourni à la mission, les registres uniques du personnel (RUP) en date du 31 décembre 2022 et 2023 ainsi qu'un organigramme non daté qui comporte les noms, les fonctions dans sa grande majorité et les ETP des salariés. Ces données ne correspondent pas aux données du RUP. Le RUP 2022 est présenté comme ci-dessous : <table><tr><td>Intitulé emploi</td><td>Coef</td><td>Heures</td><td>ETP</td></tr><tr><td colspan="4">ASH fonction de nettoyage, blanchissage et repas</td></tr><tr><td colspan="4">ASQ et AMP</td></tr><tr><td colspan="4">Psychologue</td></tr><tr><td colspan="4">IDE</td></tr><tr><td colspan="4">Médecin co</td></tr><tr><td colspan="4">Administratifs Animation Entretien</td></tr></table>	Intitulé emploi	Coef	Heures	ETP	ASH fonction de nettoyage, blanchissage et repas				ASQ et AMP				Psychologue				IDE				Médecin co				Administratifs Animation Entretien				Rq 13 : La date de création ou de révision d'un organigramme doit être indiqué sur celui-ci et être actualisé au fur et à mesure des arrivées et des départs des salariés.											
	Intitulé emploi	Coef	Heures	ETP																																					
	ASH fonction de nettoyage, blanchissage et repas																																								
	ASQ et AMP																																								
	Psychologue																																								
IDE																																									
Médecin co																																									
Administratifs Animation Entretien																																									
		Rq 14 : Les RUP transmis ne contiennent pas toutes les informations légales.																																							
		Rq 15 : la modification de la catégorie professionnelle d'un salarié doit être prise en compte dans le RUP au moment du changement de la qualification.																																							
		Ecart n°14 : Employer un ADV comme AS de nuit alors qu'il n'a pas son DE AS contrevient à l'article L.430-1 à L.4394-5 du CSP.																																							
	Dans le RUP 2023, les critères sont davantage étayés : genre, date de naissance, date entrée-sortie, type de contrat... Cela permet de faire une analyse plus précise du tableau des emplois présentée ultérieurement mais pas de comparaison fine entre 2022 et 2023.																																								
	<table><tr><th>Nom</th><th>Poste</th><th>Ma</th><th>Sexe</th><th>Date de naissance</th><th>Age</th><th>Date entrée</th><th>Date de sortie</th><th>Anci enn été</th><th>Type de contrat</th><th>Type de cotisant</th><th>Heures</th><th>ETP</th></tr><tr><td></td><td></td><td>tric</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>ule</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Nom	Poste	Ma	Sexe	Date de naissance	Age	Date entrée	Date de sortie	Anci enn été	Type de contrat	Type de cotisant	Heures	ETP			tric													ule											
Nom	Poste	Ma	Sexe	Date de naissance	Age	Date entrée	Date de sortie	Anci enn été	Type de contrat	Type de cotisant	Heures	ETP																													
		tric																																							
		ule																																							
	Certaines mentions obligatoires à indiquer dans le RUP sont absentes du document fourni à la Mission notamment : la nationalité, le type et numéro d'ordre du titre valant autorisation de travail, ce qui contrevient à l'article D1221-23 du code du travail.																																								
	La représentation de l'équipe pluridisciplinaire recensée sur les deux RUP est conforme à la réglementation quant aux catégories professionnelles exigées : un médecin coordonnateur, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides- soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux, une psychologue.																																								

Dans le RUP 2022, au 31 décembre, une professionnelle est classée dans les « agents de service affectés aux fonctions de nettoyage, blanchissage et service des repas » alors qu'elle est diplômée AS en [REDACTED] ce qui contrevient à l'article D1221-6 25.

Un autre professionnel qui prépare sa VAE d'AS pour être diplômé [REDACTED] est indiqué dans la catégorie des ASQ et AMP dans le RUP 2022. Sur l'organigramme, il est déjà inscrit en tant qu'AS de nuit.

La Mission analyse ci-dessous le RUP 2023 en détaillant les éléments des professionnels en CDI puis des salariés en CDD.

- **Les CDI au 31/12/2023**
 - Le nombre et les catégories professionnelles des CDI

L'établissement emploie [REDACTED] salariés en CDI, répartis comme suit :

- [REDACTED] hommes et [REDACTED] femmes de 20 à 75 ans avec une majorité de personnels féminins dans la tranche d'âge 40-49 ans,
- Une extraction des CDI du RUP 2023 permet de recenser le nombre de personnels par catégorie professionnelle dans le tableau ci-dessous et de comparer le RUP et l'organigramme.

Catégorie prof.	Nombre de personnes dans le RUP	Différence avec l'organigramme	Nbre d'ETP dans l'organigramme
ADV	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
ADV-ASH			
AS Jour			
AS Nuit			
IDE			
IDEC			
MedCo			
Psychologue			
Animation			
Secrétariat			
Maintenance	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Comptable			
Direction			
Total	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

La Mission observe que :

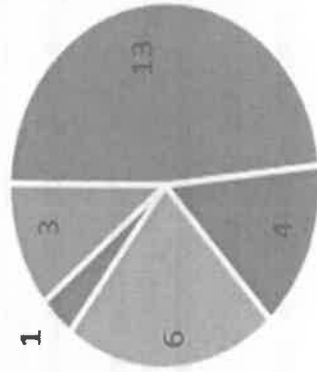
N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R																					
	- 5 ADV -ASH sont inscrites dans le RUP. 6 dans l'organigramme sous « <i>agent de service hôtelier</i>. » Il y a un écart d'1,4 ETP entre les deux documents. - En ce qui concerne les AS, 5 sont enregistrées dans le RUP et 4 dans l'organigramme soit un delta d'1 ETP. - o L'âge des CDI - La moyenne d'âge est de : 37,1 ans et la médiane à 40,8 avec un pic des 40-49 ans chez les femmes (8). - 2 femmes ont moins de 20 ans. La Mission observe que : - 5 ADV -ASH sont inscrites dans le RUP. 6 dans l'organigramme sous « <i>agent de service hôtelier</i>. » Il y a un écart d'1,4 ETP entre les deux documents. - En ce qui concerne les AS, 5 sont enregistrées dans le RUP et 4 dans l'organigramme soit un delta d'1 ETP. Pyramide des âges <table border="1"> <thead> <tr> <th>Âge</th> <th>hommes</th> <th>femmes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19 -29 ans</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>30 -39 ans</td> <td>3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>40-49 ans</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>50 -59ans</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>60-69 ans</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>70-79 ans</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Âge	hommes	femmes	19 -29 ans	2	1	30 -39 ans	3	2	40-49 ans	3	8	50 -59ans	1	3	60-69 ans	1	2	70-79 ans	1	1	
Âge	hommes	femmes																					
19 -29 ans	2	1																					
30 -39 ans	3	2																					
40-49 ans	3	8																					
50 -59ans	1	3																					
60-69 ans	1	2																					
70-79 ans	1	1																					

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R																		
	Pyramide des âges des soignants L'histogramme « âge des soignants » présente le nombre de soignants par tranche d'âge. L'étude de ces données montre que l'EHPAD va se trouver confronté au renouvellement d'AS et du médecin coordonnateur dans un avenir très proche dans un contexte de recrutement difficile de ces métiers. – 5 femmes et 2 hommes chez les soignants et médeco ont plus de 55 ans. Ci-dessous, les salariés les plus âgés par catégorie professionnelle et par genre : <table border="1"> <thead> <tr> <th>Poste</th><th>Genre</th><th>Age</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ADV</td><td>F</td><td>57</td></tr> <tr> <td>ADV-ASH</td><td>F</td><td>65,3</td></tr> <tr> <td>AS JOUR</td><td>F</td><td>65,7</td></tr> <tr> <td>AS NUIT</td><td>H</td><td>66,3</td></tr> <tr> <td>MEDCO</td><td>H</td><td>75,4</td></tr> </tbody> </table>	Poste	Genre	Age	ADV	F	57	ADV-ASH	F	65,3	AS JOUR	F	65,7	AS NUIT	H	66,3	MEDCO	H	75,4	
Poste	Genre	Age																		
ADV	F	57																		
ADV-ASH	F	65,3																		
AS JOUR	F	65,7																		
AS NUIT	H	66,3																		
MEDCO	H	75,4																		

- Ancienneté des professionnels en CDI

La moyenne de l'ancienneté des professionnels administratifs et techniques est égale à 5 ans. La répartition de ces professionnels en fonction de leur ancienneté est la suivante :

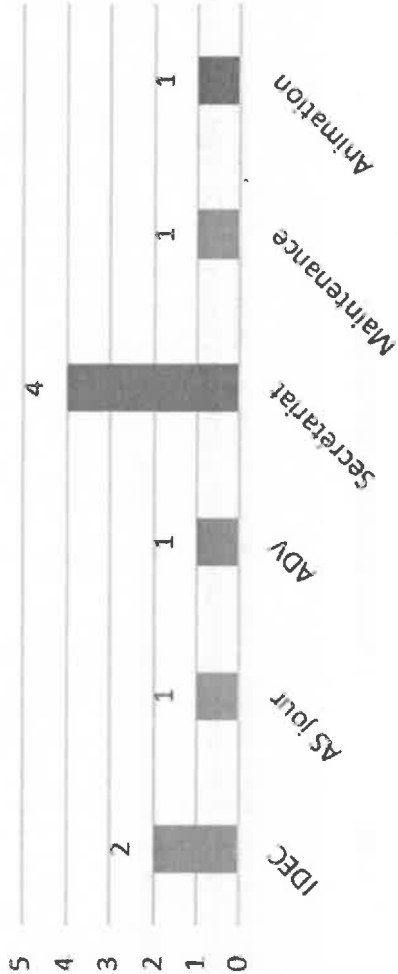
Ancienneté des salariés en CDI



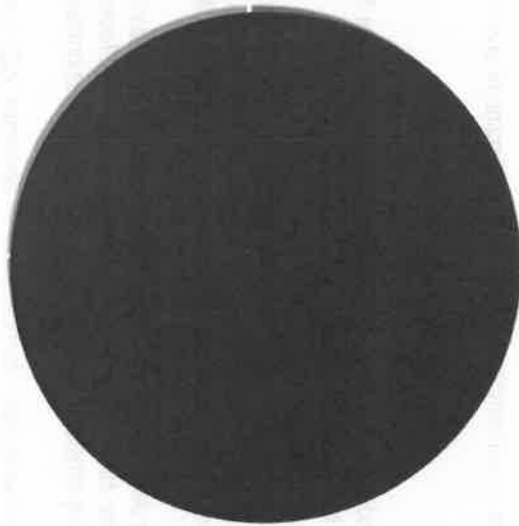
■ 0-5ans ■ 6-10 ans ■ 11-15 ans ■ 16-20 ans ■ 21-25 ans

L'ancienneté des soignants en CDI : ADV, les ADV-ASH, les AS de jour, les AS de nuit ; l'IDE ; l'IDEC et le médecin coordonnateur est égale à 9 ans. La médiane est égale à 6 ans.

Au regard de ces chiffres, la Mission constate que l'ancienneté des professionnels au chevet du résident est plus longue que celle des autres professionnels de l'EH PAD. Seulement l'IDEC, une ADV et un AS de jour sur les 10 professionnels ont obtenu un CDI entre 2021-2022-2023.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR														
	CDI signés en 2021-2022-2023  <table><tr><th>Catégorie</th><th>Nombre de CDI signés</th></tr><tr><td>IDEC</td><td>2</td></tr><tr><td>AS jour</td><td>1</td></tr><tr><td>ADV</td><td>1</td></tr><tr><td>Secréariat</td><td>4</td></tr><tr><td>Maintenance</td><td>1</td></tr><tr><td>Animation</td><td>1</td></tr></table>	Catégorie	Nombre de CDI signés	IDEC	2	AS jour	1	ADV	1	Secréariat	4	Maintenance	1	Animation	1	Le personnel est relativement fixe ce qui contribue à la stabilité de l'équipe et favorise la qualité de la prise en charge. • Les CDD Le type de contrat n'étant pas indiqué dans le RUP 2022, l'analyse des CDD est faite à partir des données du RUP 2023. Sur 2023, 34 /67 salariés, sont en CDD soit 50,7% des effectifs. Il n'a pas été possible à la Mission de déterminer si les salariés recrutés en CDD sont sur des postes vacants ou s'ils remplacent des salariés absents. Il n'a pas été possible de déterminer la durée des contrats et si les salariés recrutés en CDD bénéficient d'embauche d'un contrat de longue durée ou s'il s'agit de renouvellements de contrats plus courts. L'un des ADV est inscrit deux fois dans le RUP 2023 sous deux fonctions différentes ADV et ADV-ASH, avec les mêmes dates d'entrée et de sortie, même date de naissance. Le nombre d'heures effectuées quant à lui est différent entre l'ADV et l'ADV-ASH. La mission le considère comme ADV, catégorie professionnelles inscrite en 2022. Les salariés recrutés en CDD et présents dans l'établissement en décembre 2023 l'ont été pour les fonctions suivantes :
Catégorie	Nombre de CDI signés															
IDEC	2															
AS jour	1															
ADV	1															
Secréariat	4															
Maintenance	1															
Animation	1															

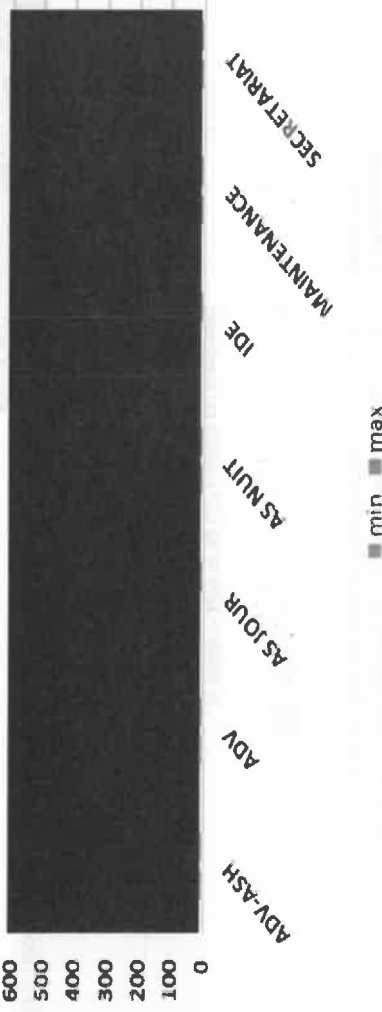
Nombre de personnels embauchés en CDD en 2022 et 2023 (toujours présents au 31/12/2023)



- ADV-ASH ■ ADV ■ AS JOUR ■ AS NUIT
- IDE ■ MAINTENANCE ■ SECRETARIAT

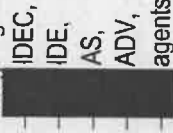
La Mission constate que l'établissement a majoritairement recours aux salariés en CDD pour des auxiliaires de vie et agents de service hôtelier. Il est à noter que l'établissement a également recours à IDE et AS de nuit en CDD.

- La moyenne de durée des contrats est de 77,7 jours.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Nombre de CDD en jours minimum et maximum par catégorie professionnelle  La Mission constate que l'établissement a majoritairement recours aux salariés en CDD pour des auxiliaires de vie et agents de service hôtelier. Il est à noter que l'établissement a également recours à IDE et AS de nuit en CDD. - La moyenne de durée des contrats est de 77,7 jours. Le contrat le plus court est de 2 jours pour une IDE et le plus long est de 497 jours pour une ADV-ASH et une secrétaire. La Mission remarque que l'établissement favorise le recrutement de CDD sur de longues durées, sans transformation de ces contrats en CDI. Cela contraint un renouvellement de ces salariés en CDD à terme. - Le calcul des effectifs soignants L'établissement a signé un CPOM en 2018. Pour son renouvellement, le Copil se réunira le 15 octobre 2024. Dans ce document 2018 - 2022, le nombre d'ETP au chevet est de :	Rq 16 : Le nombre de CDD est supérieur au nombre de salariés en CDI. Rq 17 : Le nombre de contrat par professionnel en CDD n'est pas indiqué dans le RUP.

Ces chiffres ne correspondent en rien à l'existant actuel en ce qui concerne les AS. Dans la catégorie « Dont Autres » aucun ETP n'est prévu comme les ADV /ADV-ASH.

Selon l'organigramme fourni à la Mission, l'établissement affecte à la prise en soins :



En 2017, le GMP était à ● et le PMP à ● en 2018.

Afin d'évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents au regard de l'effectif soignant de l'établissement actuellement en poste, il convient de s'appuyer sur un effectif minimal de soignants requis calculé sur des critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du CPOM. Les critères retenus prennent en compte la dernière coupe AGGIR/PATHOS pour déterminer la prise en charge des soins et de la dépendance et le nombre de places en hébergement permanent autorisées.

Evolution quantitative des effectifs soignants présents (critères CPOM) :

Le nombre d'ETP rémunéré correspond aux besoins (basé sur formule utilisée dans les CPOM pour déterminer le financement), selon la formule suivante :

Evaluation quantitative des effectifs soignants présents (critères CPOM) : nb d'ETP rémunérés correspond aux besoins (basée sur formule utilisée dans les CPOM pour déterminer le financement)

$$\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{GMP établissement validé})}{\text{nb d'ETP (AS + AES)}} = R_{GMP}$$

SI $R_{GMP} > 3200 \Rightarrow$ nb ETP AS/AES est insuffisant

$$\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{PMP établissement validé})}{\text{nb d'ETP IDE}} = R_{PMP}$$

SI $R_{PMP} > 4300 \Rightarrow$ nb ETP IDE est insuffisant

Capacité d'hébergement permanent x GMP établissement validé :

Rq 18 : L'emploi de CDD plutôt que de CDI ne permet pas une stabilisation de l'équipe dans la durée.

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Capacité d'hébergement permanent x PMP établissement validé : nombre d'ETP d'IDE : S'agissant du seul effectif IDE mentionné au niveau du CPOM et présent en réalité : l'établissement est non conforme. Pour les AS, les ETP indiqués dans le CPOM sont conformes, seules les ETP AS sont employés en CDI. Il manque un ETP aide-soignant diplômé. Des ADV exercent de jour au chevet du résident, mais ils ne peuvent réaliser toutes les tâches qui relèvent des compétences AS. La nuit, un seul AS diplômé travaille avec un agent de service hôtelier qui ne dispense aucun soin. En contre équipe, 1 ADV identifié AS de nuit dans le RUP et l'organigramme est en cours de VAE AS ((document test tableau salariés - diplômés IDE-AS) Ces nuits-là, la qualité de l'accompagnement et la sécurité des soins des résidents ne sont pas assurés. Les besoins pour chaque catégorie professionnelle de nuit sont de 2 ETP, d'après la formule suivante : — Nbre de personnel x nbre d'heures travaillées x nbre de jours travaillés / 1 476 heures A savoir qu'un seul AS la nuit pour 48% des résidents actuellement en GIR 2 ne permet d'exclure des glissements de tâches de l'agent de service hôtelier.	Ecart n°15 : Le manque d'effectifs soignants contrevient à l'article L311-3 1° et 3° du CASF sur la sécurité et l'accompagnement de qualité des résidents.
2.1.1.3	L'absentéisme et le taux de rotation Les données de l'ANAP, pour la campagne 2023 sur les données de 2022 montre que l'établissement a un taux d'absentéisme égal à 0. Ceci est impossible au vu des médianes nationales (11,76%), départementales (10,32%) et du nombre de CDD employés. La Mission s'interroge sur le fait que l'établissement a bien déclaré les données relatives à l'absentéisme. La rotation des personnels, pour la campagne 2023 sur les données de 2022, est égale à 19,23 % alors que la médiane parisienne, département d'implantation de l'EHPAD est égale à 11,76%. Cela confirme un renouvellement important des équipes, données concordantes avec celles du RUP 2023.	Ecart n°16 : La sécurité des résidents et l'accompagnement de qualité auxquels ils ont droit ne sont pas assurés au vu du taux de rotation des personnels, ce qui contrevient aux articles L311-3 1° et 3° du CASF.
2.1.1.6	Le recrutement par intérim La mission n'a pas connaissance de recrutement d'intérimaires. Aucun élément n'est signifié en tant que tel sur les plannings, ni dans les RUP et aucune mention n'est faite dans la procédure de remplacement.	
2.1.2.1	Le plan de développement des compétences	Ecart n°17 : L'établissement ne propose pas régulièrement de formation à la bientraitance, au

L'établissement élabore un plan de formation pour l'année N+1. La mission a consulté celui de 2023 et celui de 2024 ainsi que les formations réalisées pour 2023.

Le plan de formation 2023 est présenté sous forme de tableau comme suit :

Intitulé des formations	Noms organisme de formation ou nom du formateur interne	Noms du/des stagiaires et /ou nombre	Fonction	Date de début de stage	Date de fin de stage	Durée en heures
-------------------------	---	--------------------------------------	----------	------------------------	----------------------	-----------------

Les formations dispensées par un prestataire externe concernent :

- La sécurité incendie :
 - o 2 sessions ont permis de former 17 professionnels administratifs, soignants et d'animation à la mise en œuvre des extincteurs,
 - o 2 sessions de formation à la technique d'évacuation et utilisation du système de sécurité incendie ont permis de former 24 de ces professionnels de jour et de nuit ;
- Les actions de développement des compétences telles que :
 - o la VAE AS pour une ADV diplômée en 2024,
 - o une formation EMDR ((Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ou « désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires ») pour la psychologue,
- L'habilitation électrique pour un agent de maintenance,
- Le logiciel paie, le logiciel et une formation comptabilité pour le comptable,
- Le logiciel [REDACTED] pour 14 soignants, la psychologue, l'animatrice, la secrétaire et un agent de maintenance.

En ce qui concerne les formations propres à la prise en soins, elles sont dispensées par le médecin coordonnateur lors de sessions de 2 heures sur les thèmes suivants :

repérage de la maltraitance, à la dénutrition, aux soins en fin de vie et soins palliatifs ce qui ne permet pas d'assurer une qualité optimale de prise en charge (Référence : Article L311-3, 3° du CASF).

Rq 19 : Les formations relatives à la bientraitance et à lutte contre la maltraitance ne sont pas dispensées à tous les professionnels de l'établissement.

N°IGAS	Observations ou commentaires							Constat E/R
Formations	Nbre session 2h	IDE	AS	ADV	IDEC	Psychologue	Stagiaire	
Epistaxis	2	0	4	3	x	x		
Plaies	2	1	5	2	x	x		
Chutes	2	1	5	2	x	x	x	
Diarrhées	2	1	5	3	x	x		
Suicide	2	1	2	2	x	x		
Retention d'urines	2	0	4	2	x	x		
Vomissements	2	1	4	3	x	x		
Douleurs	2	0	2	1	x	x		
Maux de tête	1	0	2	1	x			
Plan bleu	2	1	4	3	0	x		
Coup de chaleur	2	1	5	2	x	x		
Tr. du comportement	2	0	4	2	x	x		
Hygiène	2	1	4	4	x			
Total		8	50	30				
Les formations suivantes sont dispensées par une personne externe à l'établissement : Une neuropsychologue de l'EMGE (Equipe mobile psycho-gériatrique) dispensé une formation de 2 heures sur les troubles du comportement, et une hygiéniste est intervenue. La Mission ne connaît pas le sujet de cette dernière formation.								
Sur la dizaine d'AS et d'ADV qui ont reçu ces formations, la Mission note que les professionnels ont suivi 7 à 10 formations pour certains AS et ADV. Dont une AS de nuit qui en a suivi 9.								
Le plan de formations 2024 prévoit des formations métier pour les soignants sur les urgences, l'hypoglycémie, les soins de bouche, l'incontinence, la manutention et la mobilisation, l'infection urinaire, plaies et cicatrisation, l'accompagnement de fin de vie et des formations toujours métier, mais davantage éthiques et réflexives sur ses pratiques comme la bientraitance et prévention de la maltraitance, le refus de soins. Il est à noter que ces formations sont destinées uniquement aux soignants alors que tous les professionnels sont concernés par la bientraitance et la lutte contre la maltraitance.								
La formation sur l'alimentation n'est pas intitulée « dénutrition » ou nutrition de la personne âgée.								

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le livret d'accueil Il existe un livret d'accueil de 18 pages des collaborateurs et du stagiaire non daté qui présente : - L'établissement et son histoire, - Ses valeurs, - Le CVS et les partenaires de l'établissement (médecins traitants, paramédicaux libéraux, coiffeuse, hôpitaux...), - Une synthèse du projet d'établissement (projet de vie, projet de soins, projet animation, projet restauration, projet ressources humaines), - Le personnel de l'établissement, l'organigramme, les formations du personnel, les règles d'hygiène et de sécurité incendie, - Des renseignements pratiques sur l'accueil dans l'EHPAD, les plannings/absences/retard, la tenue vestimentaire... un annuaire interne, - Deux annexes : La charte des droits et des libertés de la personne accueillie et une procédure de lavage des mains avant une toilette simple et une toilette souillée. Le livret d'accueil n'indique pas la procédure de déclaration d'un événement indésirable, la charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables, le référent bientraitance... La Mission s'interroge sur la présence en annexe de la procédure de « lavage des mains » et de la réalisation des toilettes, « simple ou souillée », et sur l'absence de mention de référencement des procédures utilisées dans l'établissement. L'établissement n'a pas transmis le protocole d'accueil des professionnels.	Rq 20 : La Mission de contrôle n'a pas reçu d'éléments présentant les protocoles d'accueil des professionnels. Rq 21 : La procédure de lavage des mains est succincte et obsolète et ne répond pas aux recommandations du CPIAS. Rq 22 : Le livret d'accueil n'est pas complet, notamment sur ce qui relève du traitement des EI et du référent bientraitance.
	Les plannings Il existe un planning qui regroupe tous les professionnels de l'établissement hormis le directeur et le médecin coordonnateur. Les plannings sont présentés par catégorie professionnelle comme suit : - IDE- IDEC : 1 par jour. (Le jour du contrôle, l'IDEC [REDACTED] non remplacée.) - ASD -ADV : 4 par jour. - AGENT DE SERVICE (ADV-ASH dans le RUP 2023) : 2 ou 3 par jour- 2 le dimanche. - ASD- ADV de Nuit, 2 par nuit.	Ecart n°18 : Employer un ADV de nuit comme AS non diplômé (VAE AS en cours) peut nuire à la sécurité des résidents et contrevient à l'article L311-3 du CASF sécurité des résidents.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	– Maintenance – Entretien. – Administratif et animation. Pour les autres professionnels indiqués sur le planning, aucune mention de catégorie n'est indiquée (psychologue, animation, secrétariat, comptabilité...). Le service de maintenance et les professionnels administratifs, de l'animation et la psychologue travaillent 7 heures par jour du lundi au vendredi. Les équipes soignantes et les ASH au chevet du résident travaillent selon un roulement sur 15 jours en 12 heures, indiqué 10 heures sur le planning, pauses déduites. Le rythme de travail est le suivant pour deux équipes en contre-équipe : – 2 jours de travail -2 jours de repos-3 jours de travail - 2 jours de repos - 2jours de travail - 3 jours de repos. Les horaires de travail sont pour : – Les IDE : soit de 07h55 à 19h00 avec 1h00 de pause, soit de 07h55-20h00 avec 1h30 de pause dans la journée. – Les AS de jour : soit de 08h00 à 19h30 avec 1h30 de pause, soit de 08h30 à 20h00 avec 1h30 de pause. – Les AS de nuit : de 20h00 à 08h00. Ils ont 2h00 de pause. – Les ASH1 (agent de service hôtelier) travaillent de 08h00 à 19h00 avec une pause de 14h00 à 15h00 et les ASH2 de 08h00 à 16h00 avec une pause de 14h00 à 15h00. Ces éléments montrent que le temps de transmissions inter-équipes jour-nuit est quasi inexistant. Il n'y a que 5 minutes de transmissions de l'équipe de nuit à l'IDE de jour. Sur le planning, aucune information sur les horaires de travail en face du nom de l'agent n'est donnée, ni la qualification du professionnel. Comme vu précédemment, les AS sont dans la même rubrique que les ADV. Des lettres indiquent les jours travaillés : A-B-C-D. Seuls ABC sont indiqués dans la légende et signifient « <i>grande journée de 10 heures</i> » dans le document « <i>légende des plannings</i> ». Sur le planning IDE d'août et de septembre 2024, des astérisques sont apposés sur des « X* » sur le jour travaillé par un IDE sans savoir à quoi cela correspond car la légende n'est pas expliquée sur les « <i>légendes du planning</i> » ni sur le planning. La Mission comprend que ce sont les possibilités de remplacement des IDE en intérim ou en contrat court puisque l'astérisque disparaît sur le nom de l'infirmière remplaçante lorsque l'IDE titulaire est en repos.	Ecart n°19 : Les transmissions inter-équipes ne sont pas prévues dans l'organisation, ce qui contrevient aux articles R4311- 1 à 4 du CSP. Rq 23 : L'organisation du travail présentée ne permet pas toujours de respecter le rythme de travail en 12 heures et ses repos compensateurs et hebdomadaires. Ecart n°20 : Le manque de clarté des fonctions soignantes sur le planning ne permet pas de savoir les catégories de professionnels présentes et ne permet pas à la mission de déterminer si la qualité de la prise en charge des résidents peut être assurée ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF. Rq 24 : L'absence de mention du type de contrat ne permet pas à la Mission de s'assurer qu'un salarié permanent en CDI est bien présent chaque jour pour accompagner les salariés en CDD dans leur prise de poste.

Dans la légende du planning, le « X » est réservé aux agents de service. Dans le planning, ce « X » est indiqué sur le planning de l'IDE de l'EHPAD et des catégories professionnelles hors soins.

Un agent de service de nuit et un AS de nuit (ADV dans le RUP 2023) assurent des journées en 7H00 pour pallier les absences de jour en plus de leur temps de travail de nuit sans avoir les repos obligatoires entre les nuits et les jours travaillés.

Les rythmes en 12 heures (avec 1h30 ou 2heures de pauses) sont fixes. La Mission observe des dérives pour certains agents qui travaillent 4 jours en 10 heures avec un seul repos entre deux séries. Le tableau ci-dessous illustre les roulements bien établis des équipes A et B et certains écarts pris sur les plannings des ASH de jour et de nuit donnés :

	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L
Eq A Jour	X			X	X				X	X			X	X	
Eq B Jour		X	X			X	X	X			X	X			
ASH Nuit	N				N	N	N	N	1 seul repos	N	N	1 seul repos	J 7h	J 7h	N
ASH jour		X	X	X	1 seul repos	X	X	X	X	1 seul repos	X	X			

Le jour du contrôle étaient présents :

- 1 IDE,
- 4 AS-ADV,
- 3 ASH,
- 1 AS de nuit et 1 ADV de nuit.

Cet effectif de jour est correct si dans les 4 AS- ADV par équipe, il y a au minimum 2 AS. Cet élément est invérifiable au vu de la non-précision des fonctions AS et ADV sur les plannings.

En termes d'effectifs AS et d'ADV, pour avoir tous les jours 2 AS en poste, les ETP sont nécessaires pour chaque catégorie professionnelle sur les deux équipes. La formule suivante permet de calculer le nombre d'ETP nécessaire :

(Nbre de personnel x nbre d'heures travaillées x nbre de jours travaillés / 1 607heures)

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Pour la nuit, l'effectif en place : 1AS et 1ADV-ASH est limite en termes de compétences soignantes pour les 48% de résidents en GIR2. Un ADV ne faisant pas de change au lit, il n'est pas de la compétence d'un ADV-ASH d'en réaliser à son tour et l'absence d'IDE de nuit laisse reposer les changes et les urgences sur le seul AS. Sur le planning, les effectifs sont notés d'une part, 3 ETP AS et 2 ADV-ASH. Cela ne correspond pas aux données du RUP 2023 dans lequel un professionnel est noté AS alors qu'il prépare une VAE pour 2025. (<i>document test tableau salariés – diplômes IDE-AS</i>). La Mission n'ayant pas reçu de fiche de poste pour les ADV-ASH, mais une fiche de poste pour les ASH de nuit uniquement, elle ne peut écarter que les soins sont assurés la nuit par une ASH. Les besoins pour chaque catégorie professionnelle sont de 3ETP selon la formule suivante : (Nbre de personnel x nbre d'heures travaillées x nbre de jours travaillés / 1 432 heures) Sur le planning prévisionnel d'octobre, la mission constate que la nuit, une AS sera absente tout le mois pour un « événement familial » et sera remplacée par ses collègues. L'agent en cours de VAE travaillera uniquement avec des ADV-ASH.	
2.1.4.2	Les fiches de tâches horaires L'établissement a fourni des fiches de tâches horaires très détaillées pour les IDE (Annexe- fiche de poste IDE), et pour les ASH1-2 de jour et de nuit. Pour les AS, la Mission a uniquement reçu une fiche de poste. Dans les fiches IDE sont précisées les différentes activités de soins et de logistiques en termes de prise de rendez-vous, de commande de pharmacie... et des informations pour les intérimaires comme par exemple où se trouvent les différents numéros de téléphone, le plan bleu... Dans les fiches de tâches des ASH de jour et de nuit, le travail d'hôtellerie et de bionettoyage est décrit par tranches horaires. Il est signalé en fin de document que « <i>Toutes les prestations décrites ci-dessus sont à réaliser suivant les protocoles de bio nettoyage en vigueur dans l'établissement... Nous vous rappelons que la traçabilité des tâches de bio nettoyage est obligatoire...</i> ». Dans la fiche de poste AS, il est écrit « <i>...aider à la prise de médicaments sous délégation de l'IDE...</i> », ce qui contrevient à la notion de collaboration avec les soignants telle que définie à l'article R4311-4 du CSP.	Ecart n°21 : Dans la fiche de poste AS, il est écrit « <i>aider à la prise de médicaments sous délégation de l'IDE...</i> », ce qui contrevient à la notion de collaboration avec les soignants telle que définie à l'article R4311-4 du CSP. Rq 25 : Les fiches de tâches et de poste ne sont pas datées. Rq 26 : L'établissement n'a pas fourni de fiche de tâches horaires AS. Rq 27 : La Mission n'a pas retrouvé dans la fiche de tâches IDE d'indication sur la personne d'astreinte, comment la joindre ainsi que « <i>l'information sur la préparation des médicaments le vendredi selon le planning établi par l'IDEC</i> ».

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
		Rq 28 : Dans la fiche de tâches heurées des ASH, il n'est pas indiqué où se trouvent les protocoles de bionettoyage et où tracer le travail réalisé.
2.1.4.4	<u>Le glissement de tâches</u> Dans les fiches de tâches ou des fiches de poste étudiées, aucun glissement n'est à signaler. Comme vu précédemment point 2.1.4.5, au vu du GMP le nombre de personnel AS la nuit induit des glissements de tâches. Notamment par le professionnel qui est en cours de VAE et qui est déjà considéré sur le planning et dans le RUP 2023 comme AS.	Ecart n°22 : Exercer la profession d'AS sans être titulaire du DE d'AS ou du certificat d'aptitude aux fonctions d'AS ou du diplôme professionnel d'AS contrevient à l'article L.4391-1 du CSP.
2.1.4.7	<u>La gestion des absences imprévues</u> L'établissement a fourni à la Mission une « <i>procédure en cas d'absence d'un salarié</i> » non datée, non signée par les participants à sa rédaction sur un recto numéroté « 1 ». Ce document en 4 points indique les différentes situations d'absence anticipée ou révélée au moment de la prise de poste, comment gérer l'absence en appelant le professionnel pour connaître les raisons de son absence et la durée de son absence. Elle prévoit que le directeur ou l'IDEC appellent également ses collègues en repos pour le remplacer et en dernier recours solliciter un professionnel non salarié de l'établissement sans précision s'il s'agit d'un contrat de courte durée ou d'un intérimaire. Tout ceci après avoir évalué « <i>l'impact de l'absence sur les tâches en cours et identifier les activités critiques ou urgentes à assurer</i> ». La procédure n'explique pas l'organisation prévue en mode dégradé ni les missions jugées comme non urgentes.	Rq 29 : La procédure ne présente pas de cartouche répondant aux normes qualité (Référence, version, date d'application, de révision, nom des rédacteurs...). Rq 30 : La procédure ne précise pas de mode dégradé du travail ni les missions à assurer de façon obligatoire en cas d'absence de salarié.

Prises en charge

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
<u>La procédure d'admission</u>		
3.1.1.1	L'établissement a bien fourni une procédure d'admission. Elle indique que le MedCo fait une estimation du GIR (avant la fin du mois d'entrée) et que le PAP de la personne est réalisé dans les trois à six mois qui suivent son entrée. Cette procédure fait mention de la recherche du consentement de la personne âgée pour son admission dans l'établissement. Le futur résident est bien invité à rédiger ses directives anticipées et à désigner une personne de confiance. Le livret d'accueil lui est bien remis lors de son admission. <u>Avis du MedCo lors de l'admission</u> Cette procédure indique bien que le MedCo intervient dans la validation (ou non) de l'admission d'un nouveau résident. Une fiche type pour cet avis a été fournie. Le RAMA indique que des avis ont été donnés pour 100% des admissions en 2022 et en 2023. Tous ces avis étaient favorables.	
3.2.1.2	<u>Contenu de l'Évaluation à l'admission</u> La procédure d'admission ne donne pas de précision sur la nature des évaluations médicales réalisées pour l'admission (évaluation Norton, Braden (douleur), chutes, escarres, déglutition...). Le RAMA ne contient pas non plus d'information à ce sujet.	Rq 31 : La procédure d'admission ne donne pas de précision sur la nature des évaluations médicales réalisées pour l'admission.
3.1.3.3	<u>Le Projet Personnalisé (PP)</u> <u>La procédure :</u> Il existe une procédure pour la réalisation des PP qui a été validée le 22/05/2024. Celle-ci indique que le PP initial est réalisé dans les six mois qui suivent l'entrée du résident. Il est rédigé via une participation pluriprofessionnelle au niveau de l'établissement. En fin de processus, il est présenté au résident et à ses proches, après signature il est joint au contrat de séjour. Le PP est réévalué chaque année. <u>Réalisation des PP :</u>	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Il y a 4 référents PP qui ont en charge 7 à 8 résidents chacun. Sur 28 résidents, 4 résidents ont un PP en cours de rédaction (ils sont entrés il y a moins de six mois), et les 24 autres résidents ont bien un PP qui date de moins d'un an.	
3.1.4.4	<u>La Commission de Coordination Gériatrique :</u> L'établissement a bien fourni deux invitations à la coordination gériatrique de 2022 et 2023, mais seul le compte-rendu de 2022 a été transmis.	Ecart n°23 : Le compte-rendu de la commission gériatrique de 2023 n'a pas été fourni. La Mission n'a pas l'assurance que la commission gériatrique s'est bien réunie en 2023 ce qui contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF.
3.1.4.5	<u>Interventions des professionnels médicaux</u> 7 médecins traitants interviennent dans l'établissement dont le MedCo qui prend en charge 18 résidents sur 28. 6 médecins traitants libéraux se partagent donc les 10 autres résidents, soit 1 à 2 résidents par médecin.	
2.5.4.3	<u>Système d'appels-malade</u> La Résidence du Marais dispose du nombre d'appel à la journée, durée moyenne de réponse etc. L'infirmière cadre effectue régulièrement des tests pour connaître la durée d'intervention des soignants. Tous les appels au-delà de 8 minutes sont analysés et tous les vendredis les soignants signent leurs réponses (quelles soient bonnes ou mauvaises).	

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.2.2.2 3.2.2.5	<u>Les droits du résident</u> Le livret d'accueil de l'établissement présente la liste des médiateurs de la consommation et le recours possible à une personne qualifiée.	Ecart n°24 : Le contrat de séjour transmis ne comporte par une annexe relative à l'exercice de la liberté d'aller et venir ce qui contrevient à l'article L311-4-1 du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le contrat de séjour contient également des dispositions portant sur les droits du résident : - la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance et la charte des droit et libertés de la personne accueillie, - le droit à l'image, - le recours possible à un médiateur de la consommation, - le recours possible à une personne qualifiée, - les droits associés à la protection des données personnelles, - la possibilité de désigner une personne de confiance. Ne sont pas mentionnés : - le libre choix du médecin traitant, - les droits relatifs à la liberté d'aller et venir, - la rédaction des directives anticipées.	Rq 32 : Le libre choix du médecin traitant et la rédaction des directives anticipées ne sont abordés ni dans le contrat de séjour, ni dans le livret d'accueil.
3.2.3.1	Procédure relative aux contentions Le PACQ mentionne comme objectif de limiter le nombre de contentions. Une procédure relative aux contentions, très complète, a été transmise. Cette procédure est en date du 18/03/2024. Elle mentionne que les contentions doivent être envisagées toujours en dernier recours et après test sans succès, des alternatives à la contention, que les contentions sont sous couvert d'une prescription médicale, et que le choix du type de contention se fait en équipe pluridisciplinaire avec pour guide la contention la moins restrictive, la plus adaptée au résident, offrant une certaine liberté de mouvement et respectant au maximum les habitudes de vie de la personne. La contention fait l'objet d'une information du résident et de son entourage et une recherche de leur consentement est réalisée. Les prescriptions des contentions sont réévaluées toutes les semaines durant le 1^{er} mois puis tous les mois. Le retrait de la contention est réalisé dès que possible. Le RAMA indique que le nombre de contention a fortement augmenté entre 2022 (3) et 2023 (12), sans présenter d'analyse de cette augmentation. Ces chiffres contrastent fortement l'objectif affiché par la procédure contention remise et l'objectif affiché du PACQ, rappelé ci-dessus. Le RAMA mentionne une formation interne assurée par le MedCo au sujet des contentions.	Rq 33 : Le RAMA ne donne pas d'analyse de l'augmentation du nombre de contention entre 2022 et 2023.

Soins

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Convention EHPAD / Officine et circuit du médicament Une convention partenariale entre l'EHPAD et une officine en date du 21/12/2020 a bien été transmise. Celle-ci prévoit les conditions de préparation en officine, la conservation des traitements en officine et à l'EHPAD, la traçabilité et le suivi de l'observance des traitements ainsi que les responsabilités des parties : l'EHPAD et la pharmacie d'officine s'engagent à faciliter les échanges et à désigner des personnels référents. Le personnel référent de l'EHPAD est un personnel infirmier formé qui réceptionne et contrôle les médicaments à la livraison et le pharmacien référent « concourt à garantir la qualité et la sécurité de la dispensation ainsi que la bonne gestion et le bon usage des médicaments dispensés ».	
3.8.2.9	Le circuit du médicament prévu par cette convention est assuré via [REDACTED] un logiciel qui permet le suivi « intégral » du médicament de la prescription à la dispensation à l'aide de piluliers sécurisés et munis de puces électroniques. La convention indique bien toutes les rubriques nécessaires (organisation des livraisons, traitement des médicaments périmés...). Pour le circuit du médicament de l'EHPAD, l'établissement a transmis plusieurs types de documents dont des procédures (non interruption lors de la distribution et l'administration, la dispensation pharmaceutique, les distributions des médicaments en aérosolthérapie ainsi que hors-morphinique et morphinique), des graphiques d'information (règle des 5B, note d'utilisation de l'outil Interdiag, une charte relative à la qualité du médicament, un liste de noms de médicaments afin d'éviter les confusions de noms et les erreurs médicamenteuses, un organigramme dédié au circuit du médicament) ainsi que des ressources relatives à la gestion des médicaments par l'établissement (procédure relative à la prescription médicale, une liste de médicaments écrasables, la liste préférentielle de médicaments écrasables, la composition et la fiche de contrôle du sac d'urgence, les relevés de contrôle de température du réfrigérateur et de nettoyage du chariot de soins). Les ressources fournies par l'établissement sont nombreuses mais la mission note que la multiplicité de ces documents n'est pas optimale pour les personnels de l'EHPAD qui ne peuvent accéder à une procédure unique regroupant toutes les pratiques de l'établissement sur le sujet du circuit du médicament.	Rq 34 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure unique regroupant toutes les ressources relatives à ses pratiques relatives au circuit du médicament.
3.8.2.22	Délégation d'administration des médicaments par l'IDE La procédure d'administration des médicaments fournie par l'établissement est datée du 18/03/204 : « Distribution et administration des médicaments par IDE ».	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Elle prévoit la délégation d'administration des médicaments. Elle précise bien que l'administration du médicament est de la responsabilité de l'IDE. Les IDE assureront la traçabilité de la prise médicamenteuse. La délégation de l'administration des médicaments de l'IDE vers les AS précise bien qu'elle concerne uniquement les médicaments de la vie courante (de forme orale « sèche » : comprimés / gélules).	
3.8.2.24	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur L'établissement a transmis une procédure d'évaluation et prise en charge de la douleur datée du 18/03/2024. Cette procédure présente quatre évaluations de la douleur une pour la personne âgée communicante, EVA et EN et une pour la personne ayant des troubles de la communication verbale, ALGOPLUS et l'échelle ECPA. La procédure précise également que l'évaluation de la douleur doit être faite par l'ensemble du personnel soignant qui doit être formé et sensibilisé. Le dépistage de la douleur est réalisé aux moments suivants : • A l'arrivée et dans les 15 premiers jours suivants l'entrée, • A la demande selon les circonstances devant tout symptôme évocateur de la douleur notamment chez le dément, • Pluri-quotidiennement à l'occasion des soins pour les douleurs induites, • Systématiquement et semestriellement dans le cadre de l'EGS qui accompagne le Projet Personnalisé. Le RAMA indique que l'évaluation de la douleur est systématique. La trace des évaluations de la douleur pour chaque résident n'a pas été fournie dans le tableau des évaluations médicales nominatif demandé par la mission de contrôle.	Rq 35 : La trace des évaluations de la douleur pour chaque résident n'a pas été fournie dans le tableau des évaluations médicales nominatif demandé.
3.8.2.25	Protocole soins palliatifs et fin de vie L'établissement a transmis un protocole relatif aux soins palliatifs très complet en date du 2/06/2024. Celui-ci est composé de fiches pratiques indiquant les principaux des symptômes pouvant survenir chez la personne en situation de fin de vie (notamment les douleurs autant physiques que psychologiques) ainsi que les traitements et accompagnements à proposer au résident. Le protocole décrit également le terme même de « soin palliatif », le cadre réglementaire ainsi qu'une échelle d'évaluation permettant de déterminer si une un accompagnement palliatif doit être mis en place auprès d'un résident.	Rq 36 : Le RAMA ne donne pas de bilan de l'application des soins palliatifs mis en œuvre dans l'établissement.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le RAMA ne présente pas de bilan de la mise en œuvre des soins palliatifs au sein de l'établissement. Le RAMA indique que l'établissement ne fait pas appel à une équipe mobile en soins palliatifs (EMSP), pourtant il indique également qu'il a bien signé une convention avec une EMSP.	
3.4.3.9	Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel La liste des évaluations nominatives fournies indique que le suivi de l'état nutritionnel de chaque résident est bien réalisé et notamment le suivi mensuel des poids. Il indique également que 13 résidents sur 28 ont été identifiés comme à risque de dénutrition et ont été pris en charge, soit 46,4 % des résidents. Le RAMA de l'année 2023 indique que le suivi de la nutrition est basé sur le poids et le dosage de l'albumine répertoriés dans NetSoins. Ces données sont effectivement retrouvées dans les évaluations médicales par résidents.	

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Personnels médicaux et paramédicaux libéraux	
	Les informations fournies par l'établissement indiquent que 4 kinésithérapeutes et un orthophoniste interviennent dans l'établissement.	
4.2.1.2	L'emploi du temps des kinésithérapeutes montrent qu'ils assurent une présence tous les jours de la semaine.	
	Le RAMA indique le besoin d'un ergothérapeute et d'un psychomotricien sur l'établissement.	

Récapitulatif des écarts et des remarques

Nbre	Référence	Ecarts
1	1.1.1.2	Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95% (Article R314-160 du CASF et Arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R.314-160 du CASF).
2	1.2.1.1	L'établissement n'ayant pas transmis son règlement de fonctionnement, la mission ne peut pas vérifier s'il répond aux attendus réglementaires de l'article L311-7 CASF.
3	1.2.1.4	Le projet d'établissement transmis date de plus de 5 ans (Article L311-8 du CASF).
4	1.2.1.6	Les éléments suivants sont absents du plan bleu : la procédure de gestion des décès massifs, la procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement, la procédure de rappel du personnel, les procédures concernant les ruptures de flux (électricité, eau, gaz), la procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan, ce qui contrevient à l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
5	1.2.2.7	La mission n'a pas de preuve de la qualification reconnue du directeur, ce qui contrevient à l'article D312-176-6 du CASF et la circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007.
6	1.2.2.14	La mission ne peut pas vérifier si le temps de présence du médecin coordonnateur de la structure est conforme à l'article D312-156 du CASF.
7	1.3.3.2	Un bilan des EI/EIG et des plaintes survenues dans l'établissement et des actions correctives engagées n'est pas présenté au CVS, ce qui contrevient à l'article R.331-10 du CASF.
8	1.4.2.1	La dernière évaluation externe a été réalisée en 2014, ce qui contrevient à l'article D.312-204 du CASF.
9	1.5.1.5	Aucun EIG n'ont été transmis aux autorités administratives compétentes (L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016).

10	2.1.11	Employer un ADV comme AS de nuit alors qu'il n'a pas son DE AS contrevient à l'article L.430-1 à L.4394-5 du CSP.
11	2.1.11	Le manque d'effectifs soignants contrevient à l'article L311-3 1° et 3° sur la sécurité et l'accompagnement de qualité des résidents.
12	2.1.13	La sécurité des résidents et l'accompagnement de qualité auxquels ils ont droit ne sont pas assurés au vu du taux de rotation des personnels, ce qui contrevient aux articles L311-3 1° et 3° du CASF.
13	2.1.2.1	L'établissement ne propose pas régulièrement de formation à la bientraitance, au repérage de la maltraitance, à la dénutrition, aux soins en fin de vie et soins palliatifs ce qui ne permet pas d'assurer une qualité optimale de prise en charge (Référence : Article L311-3, 3° du CASF).
14	2.1.4.5	Employer un ADV de nuit comme AS non diplômé (VAE AS en cours) peut nuire à la sécurité des résidents et contrevient à l'article L311-3 du CASF sécurité des résidents.
15	2.1.4.5	Les transmissions inter-équipes ne sont pas prévues dans l'organisation, ce qui contrevient aux articles R4311- 1 à 4 du CSP.
16	2.1.4.5	Le manque de clarté des fonctions soignantes sur le planning ne permet pas de savoir les catégories de professionnels présentes et ne permet pas à la mission de déterminer si la qualité de la prise en charge des résidents peut être assurée ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.
17	2.1.4.2	Dans la fiche de poste AS, il est écrit « <i>aider à la prise de médicaments sous délégation de l'IDE...</i> », ce qui contrevient à la notion de collaboration avec les soignants telle que définie à l'article R4311-4 du CSP.
18	2.1.4.4	Exercer la profession d'AS sans être titulaire du DE d'AS ou du certificat d'aptitude aux fonctions d'AS ou du diplôme professionnel d'AS contrevient à l'article L.4391-1 du CSP.
19	3.1.4.4	Le compte-rendu de la commission gériatrique de 2023 n'a pas été fourni. La mission n'a pas l'assurance que la commission gériatrique s'est bien réunie en 2023 ce qui contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF.
20	3.2.2.2 / 3.2.2.5	Le contrat de séjour transmis ne comporte par une annexe relative à l'exercice de la liberté d'aller et venir ce qui contrevient à l'article L311-4-1 du CASF.

Nbre	Référence	Remarques
1	1.2.1.4	Rq 1 : Au regard des projets annoncés dans le PE, aucune échéance n'est posée pour leur réalisation.
2	1.2.2.1	Rq 2 : L'organigramme transmis à la mission n'est pas daté et n'est pas en adéquation avec le RUP 2023 et les plannings.
3	1.2.2.8	Rq 3 : Les astreintes techniques ne sont pas spécifiées dans les documents transmis.
4	1.2.2.14	Rq 4 : le temps de travail du médecin coordonnateur diffère entre le contrat de travail et l'organigramme.
5	1.4.3.1	Rq 5 : La politique de bientraitance et de lutte contre la maltraitance annoncée dans la procédure relative aux traitements des situations de maltraitements de septembre 2024 n'est pas abordé dans le projet d'établissement.
6	1.5.1.1	Rq 6 : l'enquête de satisfaction de 2022 et le questionnaire pour l'enquête de satisfaction 2024 ne concerne que les résidents.
7	1.5.1.1	Rq 7 : Les motifs d'insatisfaction relevés par l'enquête 2022 (ambiance et cadre pour la restauration, entretien du linge personnel, animations individuelles, informations sur les soins) n'ont pas donnés d'actions d'améliorations dans le PACQ transmis.
8	1.5.1.3	Rq 8 : L'utilisation de la fiche « Je signale » à la fois pour les EI et pour les plaintes et réclamations est de nature à créer une confusion dans leur traitement.
9	1.5.1.3	Rq 9 : La procédure de gestion des EI/EIG ne mentionne pas l'obligation de signalement au procureur lorsqu'il s'agit d'une suspicion de maltraitance, de situations de violences, de harcèlements sexuels ou de situations d'agression.
10	1.5.1.3	Rq 10 : La procédure de gestion des EI/EIG ne mentionne pas la procédure spécifique relative aux traitements des situations de maltraitements de septembre 2024.
11	1.5.1.3	Rq 11 : Les plans formations des professionnels ne mentionnent pas de formation sur la déclaration des EI/EIG.
12	1.5.1.5	Rq 12 : Aucun RETEX d'EIG n'a été transmis lors du présent contrôle.
13	2.1.1.1	Rq 13 : La date de création ou de révision d'un organigramme doit être indiqué sur celui-ci et être actualisé au fur et à mesure des arrivées et des départs des salariés.
14	2.1.1.1	Rq 14 : Les RUP transmis ne contiennent pas toutes les informations légales.
15	2.1.1.1	Rq 15 : la modification de la catégorie professionnelle d'un salarié doit être prise en compte dans le RUP au moment du changement de la qualification.

16	2.1.1.1	Rq 16 : Le nombre de CDD est supérieur au nombre de salariés en CDI.
17	2.1.1.1.1	Rq 17 : Le nombre de contrat par professionnel en CDD n'est pas indiqué dans le RUP.
18	2.1.1.1.1	Rq 18 : L'emploi de CDD plutôt que de CDI ne permet pas une stabilisation de l'équipe dans la durée.
19	2.1.2.1	Rq 19 : Les formations relatives à la bientraitance et à lutte contre la maltraitance ne sont pas dispensées à tous les professionnels de l'établissement.
20	2.1.2.5	Rq 20 : La Mission de contrôle n'a pas reçu d'éléments présentant les protocoles d'accueil des professionnels.
21	2.1.2.5	Rq 21 : La procédure de lavage des mains est succincte et obsolète et ne répond pas aux recommandations du CPIAS.
22	2.1.2.5	Rq 22 : Le livret d'accueil n'est pas complet, notamment sur ce qui relève du traitement des EI et du référent bientraitance.
23	2.1.4.5	Rq 23 : L'organisation du travail présentée ne permet pas toujours de respecter le rythme de travail en 12 heures et ses repos compensateurs et hebdomadaires.
24	2.1.4.5	Rq 24 : L'absence de mention du type de contrat ne permet pas à la Mission de s'assurer qu'un salarié permanent en CDI est bien présent chaque jour pour accompagner les salariés en CDD dans leur prise de poste.
25	2.1.4.2	Rq 25 : Les fiches de tâches et de poste ne sont pas datées.
26	2.1.4.2	Rq 26 : L'établissement n'a pas fourni de fiche de tâches heures AS.
27	2.1.4.2	Rq 27 : La mission n'a pas retrouvé dans la fiche de tâches IDE d'indication sur la personne d'astreinte, comment la joindre ainsi que « l'information sur la préparation des médicaments le vendredi selon le planning établi par l'IDEC ».
28	2.1.4.2	Rq 28 : Dans la fiche de tâches heures des ASH, il n'est pas indiqué où se trouvent les protocoles de bionettoyage et où tracer le travail réalisé.
29	2.1.4.7	Rq 29 : La procédure ne présente pas de cartouche répondant aux normes qualité : Référence, version, date d'application, de révision, nom des rédacteurs...
30	2.1.4.7	Rq 30 : La procédure ne précise pas de mode dégradé du travail ni les missions à assurer de façon obligatoire en cas d'absence de salarié.
31	3.2.1.2	Rq 31 : la procédure d'admission ne donne pas de précision sur la nature des évaluations médicales réalisées pour l'admission.
32	3.2.2.2	Rq 32 : Le libre choix du médecin traitant, les droits relatifs à la liberté d'aller et venir, la rédaction des directives anticipées ne sont abordés ni dans le contrat de séjour, ni dans le livret d'accueil.

33	3.2.3.1	Rq 33 : Le RAMA ne donne pas d'analyse de l'augmentation du nombre de contention entre 2022 et 2023.
34	3.8.2.9	Rq 34 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure unique regroupant toutes les ressources relatives à ses pratiques relatives au circuit du médicament.
35	3.8.2.24	Rq 35 : La trace des évaluations de la douleur pour chaque résident n'a pas été fournie dans le tableau des évaluations médicales nominatif demandé.
36	3.8.2.25	Rq 36 : Le RAMA ne donne pas de bilan de l'application des soins palliatifs mis en œuvre dans l'établissement.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD « Résidence du Marais », géré par la société du Marais a été réalisé 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 :

- L'établissement a transmis une procédure spécifique à la maltraitance et une relative aux enquêtes suites situations de harcèlement et de violences.
- L'établissement s'est doté d'une charte de prévention et de gestion du harcèlement moral.
- Une procédure relative aux contentions, très complète, a été transmise.
- Les valeurs de l'établissement sont déclinées dans le projet d'établissement et dans le livret d'accueil du nouveau salarié
- Des mini-formations sont régulièrement dispensées par le médecin coordonnateur.

Elle a également relevé les dysfonctionnements suivants (Ecart) :

- Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95% (Article l'article R314-160 du CASF et Arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R.314-160 du CASF).
- L'établissement n'a pas transmis son règlement de fonctionnement. La mission ne pas s'assurer que l'établissement dispose d'un règlement de fonctionnement au sens de l'article L311-7 CASF.
- Le projet d'établissement transmis date de plus de 5 ans (Article L311-8 du CASF).
- Les éléments suivants sont absents du plan bleu : la procédure de gestion des décès massifs, la procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement, la procédure de rappel du personnel, les procédures concernant les ruptures de flux (électricité, eau, gaz), la procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan, ce qui contrevient à l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
- La mission n'a pas de preuve de la qualification reconnue du directeur, ce qui contrevient à la circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007.
- Un bilan des EI/EIG et des plaintes survenues dans l'établissement et des actions correctives engagées n'est pas présenté au CVS, ce qui contrevient à l'article R.331-10 du CASF.
- La dernière évaluation externe a été réalisée en 2014, ce qui contrevient à l'article D.312-204 du CASF.
- Aucun EIG n'ont été transmis aux autorités administratives compétentes (L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016).
- Employer un ADV comme AS de nuit alors qu'il n'a pas son DE AS contrevient à l'article L.430-1 à L.439-5 du CSP.
- Le manque d'effectifs soignants contrevient à l'article L311-3 1° et 3° sur la sécurité et l'accompagnement de qualité des résidents.
- La sécurité des résidents et l'accompagnement de qualité auxquels ils ont droit ne sont pas assurés au vu du taux de rotation des personnels, ce qui contrevient aux articles L311-3 1° et 3° du CASF.
- L'établissement ne propose pas régulièrement de formation à la bientraitance, au repérage de la maltraitance, à la dénutrition, aux soins en fin de vie et soins palliatifs ce qui ne permet pas d'assurer une qualité optimale de prise en charge (Référence : Article L311-3, 3° du CASF)
- Employer un ADV de nuit comme AS non diplômé (VAE AS en cours) peut nuire à la sécurité des résidents et contrevient à l'article L311-3 du CASF sécurité des résidents.
- Les transmissions inter-équipes ne sont pas prévues dans l'organisation, ce qui contrevient aux articles R4311- 1 à 4 du CSP.

- Dans la fiche de poste AS, il est écrit « aider à la prise de médicaments sous délégation de l'IDE... », ce qui contrevient à la notion de collaboration avec les soignants telle que définie à l'article R4311-4 du CSP.
- Exercer la profession d'AS sans être titulaire du DE d'AS ou du certificat d'aptitude aux fonctions d'AS ou du diplôme professionnel d'AS contrevient à l'article L.4391-1 du CSP.

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

Saint Denis, le 13/06/2025

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



Monsieur Frédéric MUSSO,
Responsable de la mission inspection des ESMS,
Sous-direction de l'Autonomie,
Direction des solidarités,
Ville de Paris



Glossaire

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

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



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

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

Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'autonomie
Affaire suivie par : Anne Nigeon
Courriel : anne.nigeon@paris.fr

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : Christel Rougy
Courriel : christel.rougy@ars.ssaie.fr

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

Madame Anne NIGEON, chargée de contrôle des ESMS parisiens, Sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

Saint-Denis, le 20 septembre 2024

Mesdames,

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

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

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence du Marais (FINESS géographique 750041402) situé au 11 rue Barbette, 75003 Paris, géré par la SARL Résidence du Marais, 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 92 00 80
ars.ssaie.fr

94036 Quai de la République
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Anne NIGEON, sous-directrice de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L 133-2 du CASF par la Ville de Paris ;

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

- Madame Christel ROUGY, Ingénieure du génie sanitaire, 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'Île-de-France et, par délégation,

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris



Pour la Mairie de Paris et par délégation,

Adjointe

Autonomie



Annexe 2 : Lettre de mission modificatrice



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

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

Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'autonomie
Affaire suivie par Frédéric Musso
Courriel : frederic.musso@paris.fr

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

Monsieur Antoine MADRADE-RAMET
Directeur
EHPAD Résidence du Marais
Société Résidence du Marais

Saint-Denis, le 21 MAI 2025

Monsieur le Directeur,

Le 5 juillet 2024, votre établissement « Résidence du Marais » (N° FINESS 750041402), situé au 11 rue Barbette, 75003 Paris, géré par la société Résidence du Marais, a fait l'objet d'un contrôle sur pièces, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13, V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants ainsi que sur le fondement des articles L.1421-1 et L.1435-7 du Code de la santé publique, mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

A cette occasion, il vous a été notifié la composition de la mission de contrôle. A la suite du départ d'agents de la mission, nous vous informons de leur remplacement par Delhia Elenga, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Frédéric Musso, responsable de la Mission d'inspection des ESMS parisiens, qui seront signataires du rapport de contrôle, et de Conrad Lajusticia, chargé de projet inspections EHPAD. Ils exerceront pleinement les missions des agents remplacés dans le cadre de ce contrôle.

Ainsi, la mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

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

- Madame Delhia ELENGA, coordinatrice de la mission de contrôle, Inspectrice de l'Action Sanitaire et sociale, Délégation départementale de Paris ;
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet inspections EHPAD, désigné personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique Délégation départementale de Paris ;

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

94000 Quai de la Rapée
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

Les dispositions prévues par la lettre de mission du 5 juillet 2024 restent inchangées. Le présent courrier sera annexé au rapport qui vous sera transmis.

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

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

Pour la Maire de Paris et par délégation,

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris



Adjointe **Delphine CAZOR** autonomie



Annexe 3 : Liste des documents demandés

Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces Résidence du Marais

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	SO
4	Dernier programme d'activités du PASA	SO
5	Le projet spécifique d'hébergement temporaire	SO
6	Règlement de fonctionnement	Non
7	Plan des locaux de l'établissement	Oui
8	Projet d'établissement	Oui
9	Plan bleu	Oui
10	Organigramme	Oui
11	Diplôme du directeur de l'EHPAD	Non
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 dans son contrat de travail
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	Oui
18	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, bulletin de salaire	Oui
19	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS	Oui
20	Les comptes rendus des CVS N et N-1	Oui
21	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation (PACQ)	Oui
22	Dernière évaluation externe	Oui
23	Dernière évaluation interne	Oui
24	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2	Oui
25	Registre des plaintes et réclamations	Oui
26	Les trois dernières réclamations et leur traitement	Oui
27	Procédure de gestion des événements indésirables	Oui
28	Procédure de déclaration externe des dysfonctionnements graves	Oui
29	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les deux derniers EIG	Oui
30	Registre du personnel N-1 & N-2	Oui
31	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	Non
32	Plan de développement des compétences (formation) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1	Oui
33	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)	Oui

34	Tableau du personnel des unités PASA ou UHR (Excel)	SO
35	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit	Oui
36	Une fiche de tâches horaires, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AMP, IDE	Oui, partiellement pas de fiche pour les AS
37	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	Oui
38	Procédure d'admission des résidents	Oui
39	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)	Oui
40	Relevé des pesées et des IMC pour chaque résident accueillis dans la structure en année N-1 (Excel)	Oui
41	Les 2 derniers CR et feuilles d'émargement de la commission de coordination gériatrique	Partiel, pas compte-rendu 2023
42	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	Oui
43	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (Excel disponible sur Collecte Pro)	Oui
44	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)	Oui
45	Livret d'accueil du résident	Oui
46	Contrat de séjour d'un résident et ses annexes	Oui
47	Procédure relative aux contentions	Oui
48	RAMA	Oui
49	Convention pharmacie EHPAD	Oui
50	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	Partiel pas la liste AS habilitées
51	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	Oui
52	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	Oui
53	Le planning des intervenants paramédicaux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) : avec indication pour chaque professionnel de son identité, sa qualification, le nombre de résidents pris en charge sur le trimestre t-1	Oui

