

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
« CASVP Sara Weill-Raynal »**

**180 rue Pelleport, 75020 Paris
N° FINESS 750721573**

RAPPORT DE CONTRÔLE

2024_IDF_00021

Contrôle sur pièces du 19 juillet 2024

Mission conduite par

- Madame Dalhia ELENGA, coordinateur 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 parisiens, Sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris
- Docteur Anne SIMONDON, , conseillère médicale, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile de France

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	7
Contexte de la mission de contrôle.....	7
Modalités de mise en œuvre.....	7
Présentation de l'établissement.....	8
Constats.....	10
Gouvernance	11
Conformité aux conditions de l'autorisation	11
Animation et fonctionnement des instances	16
Gestion de la qualité.....	18
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	22
Fonctions support.....	24
Gestion des ressources humaines	24
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	40
Respect des droits des personnes	44
Soins.....	45
Relations avec l'extérieur.....	48
Coordination avec les autres secteurs.....	48
Récapitulatif des écarts et des remarques	49
Ecarts	49
Remarques	50
Conclusion	52
Glossaire.....	55
Annexes	57
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	57
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	59

Synthèse

Données générales sur l'établissement				
Nom	EHPAD SARA WEILL-RAYNAL	Capacité hébergement permanent	94	
Adresse	180 rue Pelleport	Places habilités aide sociale	94	
Arrondissement	Paris 20	Présence d'une UVP	16	
Gestionnaire	CASVP	Places en UHR	0	
Statut juridique	CASVP	Places en PASA	0	
L'établissement a signé un CPOM en 2019				
<u>Éléments déclencheurs de la mission</u>				
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).				
<u>Méthodologie suivie et difficultés rencontrées</u>				
Le contrôle a été lancé le 19 juillet 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 de la Ville de Paris ont été informés du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision. L'analyse a porté sur les constats faits uniquement sur pièces. La quasi-totalité des documents demandés a été transmise par la Direction de l'établissement et dans les délais impartis. Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et les principaux points forts et remarques ont porté sur les thématiques suivantes :				
<u>Points forts de l'établissement relevés par la mission :</u>				
GOUVERNANCE				
• Conformité aux conditions d'autorisation • Un taux d'occupation conforme à la réglementation				
MANAGEMENT ET STRATEGIE				
• Les contenus du projet d'Etablissement et du règlement de fonctionnement sont conformes aux attendus réglementaires • Présence d'un trio de tête (directeur, Medco et IDEC)				
FONCTION SUPPORT				
• La présence d'une équipe pluridisciplinaire • Un plan de développement de compétence avec des thématiques variés				
PRISE EN CHARGE				
• Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie • Une procédure d'admission établie • Respect des droits des personnes • Un livret d'accueil complet en matière de droits des résidents				
<u>Ecarts et remarques constatés par la mission :</u>				
Ecart majeur :				
• La Mission d'inspection constate que la moitié des résidents a un IMC en dessous des normes. Un critère de dénutrition est présent chez 49% des résidents.				
Ecarts :				
• Le règlement de fonctionnement ne comporte pas de signature. • Le projet d'établissement ne comporte pas de signature et n'a pas reçu la validation du CVS. • Les annexes du plan bleu n'ont pas été transmises et une procédure de RETEX n'est pas mentionnée dans ce dernier. • L'établissement n'a pas transmis l'inscription ordinale de l'IDEC.				

- La composition du CVS n'est pas conforme à la réglementation.
- Le règlement intérieur du CVS n'a pas été présenté dès sa première réunion.
- En 2023, le CVS ne s'est pas réuni trois fois par an.
- Tous les relevés de conclusion ne sont pas systématiquement signés par le président du CVS et ne font pas mention du secrétaire de séance.
- Le CVS n'est pas systématiquement informé des EI et des dysfonctionnements de l'établissement.
- La dernière évaluation externe date de 2014.
- L'évaluation externe n'a pas été transmise aux autorités de contrôle.
- En ne déclarant pas aux autorités administratives compétentes la totalité des EI/EIG, l'établissement contrevient à l'article L. 331-8-1 du CASF.
- La procédure de signalement des événements indésirables et des événements indésirables graves ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République.
- La Mission constate que l'effectif cible des IDE et des ASO/AS n'est pas atteint, ce qui ne garantit pas la sécurité des personnes accueillies.
- L'absence de différenciation des tâches d'aide-soignante et des ASO entraîne un glissement de tâches entre ces deux professions.
- La commission de coordination gériatrique ne s'est pas réunie en 2023 et aucun élément ne permet de connaître la tenue de cette dernière en 2024.

Remarques majeures :

- Le règlement de fonctionnement ne mentionne pas l'obligation d'informer la direction de toute situation réelle ou supposée de maltraitance de la part des résidents comme des salariés.
- Le plan de développement des compétences ne contient pas de formation sur le repérage de la maltraitance.
- **Remarques :**
- Il n'est pas précisé dans le planning d'astreinte administrative s'il est mis en place une astreinte technique.
- Les CR du CVS sont incomplets et ne contiennent pas de distinction entre les membres titulaires, les suppléants et les membres invités. Les points à l'ordre du jour et ceux faisant l'objet d'une consultation pour avis et ceux pour information, avec les votes correspondants.
- Le règlement intérieur du CVS ne précise pas l'obligation de présentation des dysfonctionnements et des événements indésirables.
- La mise à jour régulière du PACQ n'est pas assurée.
- La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil
- Les salariés ne bénéficient pas de groupe d'analyse des pratiques professionnelles.
- Peu d'agents ont bénéficié de formation sur la bientraitance.
- Il n'existe pas de procédure spécifique aux situations de violences, harcèlements sexuels ou d'agressions.
- Les plaintes et réclamations ne font pas l'objet d'un bilan dans les CR des CVS et dans le rapport d'activité.
- Il n'existe pas de formations relatives à l'identification des EI.
- Le PACQ transmis ne prend pas en compte les mesures préventives suite à l'analyse de EI/EIG.
- Tous les RETEX n'ont pas fait l'objet d'une transmission aux autorités de contrôle.
- Le tableau des effectifs n'est pas à jour, les informations ne concordent pas avec la liste du personnel et l'organigramme.
- Le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social n'a pas été renseigné par l'établissement.
- Le plan de développement de compétence comporte peu de formations diplômantes.
- Il n'existe pas de protocole d'accueil des nouveaux professionnels, notamment au sein de l'équipe soignante.
- La fiche de tâches horaires de l'infirmière de nuit n'a pas été transmise.
- Une évaluation des chutes, escarres, déglutition, douleur n'est pas clairement spécifiée dans la procédure d'admission.
- Les contentions ne sont pas comptabilisées dans le RAMA.
- Les prescriptions des situations urgentes ne sont pas transcrites immédiatement ce qui constitue un risque de perte d'informations.
- Le temps de présence hebdomadaire des kinésithérapeutes est insuffisant.

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 « CASVP Sara Weill-Raynal », situé au 180 rue Pelleport, 75020 Paris, FINESS n°750721573, 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 diligemment, 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

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 19 juillet 2024 avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 19 juillet 2024. Un e-mail a été transmis à la direction le 19 juillet 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

Située au 180 rue Pelleport dans le 20^{ème} arrondissement de Paris, l'EHPAD SARA WEILL-RAYNAL est un EHPAD géré par le Centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP), situé à au 5 boulevard Diderot 75012 Paris.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR du 5 février 2015, le GMP de l'établissement s'élève à [REDACTED] et selon la coupe PATHOS en 2023 le PMP est à [REDACTED]. Aussi, le GMP de l'EHPAD et le PMP sont légèrement en-dessous de la moyenne des chiffres médians régionaux¹

Les 94 résidents accueillis au moment du contrôle étaient répartis plus précisément comme suit :

Répartition par GIR (correspondant au dernier GMP connu)

Nombre de personnes GIR 1
Nombre de personnes GIR 2
Nombre de personnes GIR 3
Nombre de personnes GIR 4
Nombre de personnes GIR 5
Nombre de personnes GIR 6
TOTAL des résidents
au moment du calcul du GMP



En 2024, Le budget de fonctionnement (hors hébergement, car non communiqué par l'établissement) est de 2 744 728,72€ en 2024, dont 638 242€ au titre de la dépendance et 2 106 486,72 € au titre du soin.

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

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

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

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Sara Weill-Raynal		
Nom de l'organisme gestionnaire	CASVP		
Numéro FINESS géographique	750721573		
Numéro FINESS juridique	75 072 058 3		
Statut juridique	Public		
Option tarifaire	Tarif global		
Pharmacie à usage interne (PUI)	PUI du CASVP		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ²	94	94
	HT ³	0	0
	UVP ⁴	16	16
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	94		

² Hébergement permanent

³ Hébergement temporaire

⁴ Unité de vie protégé / unité protégé

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Conformité aux conditions d'autorisation	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.1.1.2	L'établissement a une capacité d'accueil de 94 places réparties sur 6 niveaux d'hébergement dont 16 places en Unité de Vie Protégée (UVP) réparties sur le 1er étage. Au 31/12/2023, 92 résidents étaient présents au sein de l'EHPAD en hébergement permanent (En 2022, 90 résidents). Le taux d'occupation est 99,13%, il est donc conforme à la réglementation.		
1.1.3.1	La répartition par GIR (correspondant au dernier GMP connu), à savoir : Nombre de personnes GIR 1 Nombre de personnes GIR 2 Nombre de personnes GIR 3 Nombre de personnes GIR 4 Nombre de personnes GIR 5 Nombre de personnes GIR 6 TOTAL des résidents au moment du calcul du GMP La répartition est conforme à la réglementation.		

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	<u>Le règlement de fonctionnement</u> L'établissement a fourni un règlement de fonctionnement qui n'est ni daté ni signé.	Écart 1: Le règlement de fonctionnement ne comporte pas de signature conformément aux dispositions de l'article L311-7 CASF.
1.2.1.2	<u>Le contenu du règlement de fonctionnement</u> Son contenu aborde l'ensemble des dispositions obligatoires prévues dans le CASF : - respect des droits des personnes prises en charge, - modalités d'association des familles, - organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - sûreté des personnes et des biens, - mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - les affections, la dépendance, Alzheimer, - l'organisation des soins, - transferts et déplacements, - délivrance des prestations offertes à l'extérieur, - règles essentielles de la vie collective notamment respect des décisions de prise en charge, des rythmes de vie collectifs, - sanctions des faits de violence sur autrui. Il est donc conforme à la réglementation en vigueur.	
1.2.1.4	<u>Le projet d'établissement</u> Il existe un projet d'établissement en cours de validité qui couvre la période 2021-2025, mais pas de signature apparente. L'établissement n'a pas apporté la preuve de la validation de ce projet par le CVS.	Écart 2: Le projet d'établissement ne comporte pas de signature et n'a pas reçu la validation du CVS conformément à l'article L311-8 du CASF.
1.2.1.5	<u>Contenu du projet d'établissement</u> Le Projet d'établissement contient les volets suivants :	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le contexte : le projet a été fait avant l'ouverture, l'établissement étant une rénovation de l'EHPAD Belleville avec une récupération des anciens agents de l'EHPAD Arthur GROUSSIER. Il se fonde sur le respect de la réglementation et des pratiques professionnelles en cours avec un rappel des droits et libertés des résidents et leurs obligations. L'établissement s'inscrit dans son territoire avec une présentation des réseaux et filières et présente les attentes et valeurs du projet d'établissement : - Accueillir et accompagner chaque personne selon ses attentes (projet de vie) ; - Prendre soin pour maintenir l'autonomie et s'adapter à l'évolution des besoins (projet de soins) ; - Assurer un service hôtelier de qualité (projet hôtelier) ; - Développer une politique d'amélioration des conditions de travail (projet social et managérial) ; - Démarche qualité et gestion des risques ; - Adapter l'offre d'animation aux capacités et attentes de chacun. Il présente un projet de soins qui s'articule sur 4 principaux objectifs : - Maintenir l'autonomie fonctionnelle et mentale, - Accompagner, soulager la détresse et la douleur et morale, - Préserver l'estime de soi, - Stimuler la communication. Le projet d'établissement est conforme aux attendus réglementaires.	Écart 3 : Les annexes du plan bleu n'ont pas été transmises et une procédure de RETEX n'est pas mentionnée dans ce dernier, ce qui contrevient aux prescriptions de l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.
1.2.1.6	Le plan bleu L'établissement a fourni un plan bleu actualisé au 7 juillet 2024 qui comporte les parties suivantes : - Mise en œuvre ; - Cellule de crise et plan de continuité ; - Présentation de l'établissement (coordonnées, locaux, typologie des résidents) ; - Cas de crise sanitaire ou météorologique avérée (canicule, panne électrique, incendie, épidémie, décès en grand nombre...), - Fiche contact siège ; - Fiche contact ARS.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<u>Directeur de l'établissement et organigramme de la structure</u> L'établissement est dirigé par une direction commune. Plusieurs postes sont mutualisés avec l'EHPAD Hérold dont le directeur, l'adjoint aux soins, l'adjoint aux ressources, le responsable hôtelier, le responsable animation ainsi qu'un infirmier. L'établissement a bien fourni un organigramme qui traduit les liens fonctionnels et hiérarchiques avec les informations suivantes : -Directeur : [REDACTED] -Adjoint à compétence soins : [REDACTED] -Médecin coordonnateur 1 : [REDACTED] -Médecin prescripteur : [REDACTED]	
1.2.2.1		
	<u>Fiche de poste/Lettre de mission du directeur</u> Un arrêté de détachement et une fiche de poste ont été transmis par l'établissement concernant le directeur en poste depuis le [REDACTED]	
1.2.2.6		
	<u>Diplômes du directeur</u> Le directeur possède [REDACTED] Son diplôme est donc conforme à la réglementation.	
1.2.2.7		
	<u>Astreintes administratives</u> Un planning d'astreintes administratives actualisé au 4 mars 2024 a été transmis pour les 4 trimestres de 2024. Il n'y a pas de précisions sur des astreintes techniques.	Remarque 1 : Il n'est pas précisé dans le planning d'astreinte administrative s'il est mis en place une astreinte technique.
1.2.2.8		
	<u>Délégation de pouvoirs</u> Un arrêté de délégation de signature daté du 4 mars 2024 a été produit par l'établissement contenant notamment les volets suivants :	
1.2.2.10		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- une délégation permanente de signature donnée à la Directrice du centre d'action sociale de la ville de Paris au nom du Maire de Paris, Présidente du conseil d'administration du centre d'action sociale de la ville de Paris pour tous arrêtés, actes et décisions préparés par les services placés sous son autorité, relatifs à la situation des personnels titulaires et contractuels du CASVP ; - les ordres de missions pour les déplacements ponctuels hors région Ile de France des agents placés sous son autorité ; - les décisions relatives aux congés des agents placés sous son autorité ; - les autorisations de cumul d'activités des agents placés sous son autorité ; - tous arrêtés, actes et décisions préparés par les services placés sous son autorité, relatifs à la situation des agents affectés au CASVP appartenant à un corps d'administrations parisiennes ou y étant détachés, à l'exception des actes de nomination dans leur corps et les grades, des arrêtés de radiation des cadre suite à une démission, à un licenciement, à une révocation, à un abandon de poste ou pour perte des droits civiques, des décisions infligeant toutes sanctions disciplinaires à l'encontre des personnels.	
1.2.2.12	<u>Présence et qualifications de l'IDEC</u> L'EHPAD dispose d'un IDEC qui possède un diplôme d'Etat d'infirmier et est inscrit dans le répertoire des professionnels de santé ADEL. L'inscription ordinaire de l'IDEC n'a pas été fournie.	Écart 4 : L'établissement n'a pas transmis l'inscription ordinaire de l'IDEC.
1.2.2.14	<u>Présence et temps de travail du médecin-coordonnateur</u> Il existe un médecin coordonnateur présent dans l'établissement à hauteur de [REDACTED] Le temps de présence de du MEDCO est donc conforme à la réglementation.	
1.2.2.15	<u>Qualifications du médecin-coordonnateur</u> Le MEDCO dispose d'une fiche de poste paraphée, d'un contrat d'engagement à durée déterminée signé [REDACTED] Le diplôme est conforme.	

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.3.3.1	Le Conseil de la Vie Sociale L'établissement a mis un place un CVS. La date des dernières élections n'est pas connue par la Mission. Le CVS est composé de : - Deux représentants des personnes accueillies, - Deux représentants des familles et des représentant légaux titulaires et de deux suppléants, - Deux représentants du personnel, - Deux représentants de l'organisme gestionnaire. La composition n'est pas conforme à la réglementation. La durée du mandat des membres du conseil de la vie sociale est fixée à 3 ans, renouvelable. Le règlement intérieur qui prend effet à la date du 30 mai 2023, n'a pas été présenté dès sa première réunion. Il n'a pas été signé par le président du CVS et n'a pas été actualisé suite aux nouvelles élections. Il est précisé que le Président fixe l'ordre du jour des séances. Les convocations sont envoyées par courrier. Il précise que le secrétaire de séance, désigné à l'ouverture de la séance et assisté par un membre du personnel, désigné par le directeur, établissent le relevé de conclusion. Les sujets abordés sont : - Le mouvement du personnel, - Les actualités de la résidence, - Le rôle et les attributions du référent, - Une présentation des différentes instances, - Une présentation des résultats de l'enquête de satisfaction, - L'organisation des soins, - La restauration, - Les difficultés techniques, - L'hôtellerie, - La démarche qualité et l'évaluation de l'HAS, - La vie sociale et les animations. Le règlement de fonctionnement de l'établissement a fait l'objet d'une consultation par le CVS.	Écart 5 : La composition du CVS n'est pas conforme à la réglementation, ce qui contrevient à l'article D311-5 du CASF. Écart 6 : Le règlement intérieur du CVS n'a pas été présenté dès sa première réunion, ce qui contrevient à l'article D311-19 du CASF. Écart 7 : En 2023, le CVS ne s'est pas réuni trois fois par an, comme le prévoit l'article D311-16 du CASF. Écart 8 : Tous les relevés de conclusion ne sont pas systématiquement signés par le président du CVS et ne font pas mention du secrétaire de séance, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D311-20 du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	D'après les compte-rendu fournis, le CVS s'est réuni deux fois en 2023 et deux fois en 2024, au jour du contrôle. Trois compte-rendu sur quatre n'ont pas été signé par le Président. Le CVS valide les CR en début de séance. Aucun ne précise le nom du secrétaire de séance. A la lecture des CR, la Mission constate que les membres ne sont pas désignés par collège, il n'existe pas de distinction entre les membres titulaires et les suppléants. Les membres de droit et les membres invités ne sont pas différenciés. Ces relevés de conclusion ne font pas apparaître les points à l'ordre du jour et ceux faisant l'objet d'une consultation pour avis et ceux pour information, avec les votes correspondants.	Remarque 2 : Les CR du CVS sont incomplets et ne contiennent pas de distinction entre entre les membres titulaires, les suppléants et les membres invités. Les points à l'ordre du jour et ceux faisant l'objet d'une consultation pour avis et ceux pour information, avec les votes correspondants.
1.3.3.2	<u>La présentation des EI et des dysfonctionnements en CVS</u> Une présentation succincte des EI a été réalisé lors de la séance du 30 mai 2023. Il s'agit d'un bilan quantitatif, qui ne détaille pas la nature des événements indésirables, des dysfonctionnements et les actions mises en œuvre. La mission constate que le règlement intérieur du CVS ne fait mention de la présentation obligatoire des EI/G/réclamations en CVS.	Écart 9 : Le CVS n'est pas systématiquement informé des EI et des dysfonctionnements de l'établissement (Article R331-10 du CASF). Remarque 3 : Le règlement intérieur du CVS ne précise pas l'obligation de présentation des dysfonctionnements et des évènements indésirables.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R										
1.4.1.7	<u>La démarche qualité</u> L'établissement a transmis un Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ) dont les actions démarrent en janvier 2014. D'après le tableau de suivi, 94 actions sont inscrites : - 38 ne sont pas initiées et pour 34 d'entre elles les dates d'échéance s'échelonnent du 31/12/2018 au 31/12/2023, - 27 sont ont démarré entre le 31/12/2015 et le 31/12/2023, et sont toujours en cours, - 1 est traité. Soit 65% des actions n'ont pas été réalisées dans les échéances prévues. Le projet d'établissement, rédigé avant la réouverture de l'établissement mentionne un projet de mise en place d'un COPIL qualité. <table><tr><th>Actions</th><th>Pilotes</th><th>Echéances</th><th>Priorité (1/2/3)</th><th>Indicateurs d'évaluation</th></tr><tr><td>Mettre en place un COPIL Qualité et gestion des risques</td><td>Directeur</td><td>31/12/2022</td><td>2</td><td>Nombre de réunions de ce COPIL par an</td></tr></table> Le rapport d'activité 2023 ne fait pas état de la planification de ce type de réunion. L'organisation de la démarche qualité et de la gestion des risques n'y est pas détaillé. Il est mentionné la « mise en évidence de principaux risques », sans précision. Le compte-rendu du CVS du 7 novembre 2023 mentionne la mise en place d'un COPIL qualité, sans préciser l'échéance. La Mission ne peut s'assurer de l'existence d'un COPIL qualité. <u>L'évaluation des prestations effectuées en sous-traitance</u> Le linge plat est externalisé, des contrôles réguliers sont effectués, et un audit avec les services centraux du CASVP et le prestataire externe en 2023 a permis la révision des procédures. L'entretien des locaux est sous-traité, les services centraux du CASVP ont également réalisé des actions de contrôle. La fréquence des contrôles n'est pas mentionnée dans le rapport d'activité.	Actions	Pilotes	Echéances	Priorité (1/2/3)	Indicateurs d'évaluation	Mettre en place un COPIL Qualité et gestion des risques	Directeur	31/12/2022	2	Nombre de réunions de ce COPIL par an	Remarque 4 : La mise à jour régulière du PACQ n'est pas assurée.
Actions	Pilotes	Echéances	Priorité (1/2/3)	Indicateurs d'évaluation								
Mettre en place un COPIL Qualité et gestion des risques	Directeur	31/12/2022	2	Nombre de réunions de ce COPIL par an								

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R															
1.4.2.1	<u>Les évaluations internes et externes</u> Une évaluation externe a été réalisée en 2014 et une évaluation interne en 2013. L'évaluation externe a eu lieu avant les travaux de rénovation réalisés de 2016 à 2021 et la réouverture de l'établissement. L'évaluation externe n'a pas été transmise aux autorités.	Écart 10 : La dernière évaluation externe date de 2014, ce qui contrevient à l'article D.312-204 du CASF. Écart 11 : L'évaluation externe n'a pas été transmise aux autorités de contrôle ce qui contrevient à l'article L312-8 du CASF.															
1.4.3.1	<u>La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance</u> D'après le projet d'établissement, rédigé avant la réouverture, la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est au centre des préoccupations et des formations proposées. Un plan d'action qui comprend deux objectifs est présenté de la manière suivante : <table><tr><th>Actions</th><th>Pilotes</th><th>Echéances</th><th>Priorité (1/2/3)</th><th>Indicateurs d'évaluation</th></tr><tr><td>Réaliser des groupes de travail et procédure pour la gestion des actes "bénins" mais maltraitants</td><td>Adjoint soins Cadre de santé</td><td>31/12/2021</td><td>1</td><td>Nombre d'actes de maltraitance signalés ou constatés</td></tr><tr><td>Mettre en place un comité éthique</td><td>Directeur Adjoint soins Psychologues</td><td>31/12/2022</td><td>2</td><td>Nombre de séances du comité éthique</td></tr></table> Les actions n'ont pas été mises en œuvre à l'issue de la date d'échéance prévisionnel. Copil bientraitance Un COPIL bientraitance est mis en place depuis le 17 juillet 2024 et a pour objectif le suivi et l'évaluation de la politique de bientraitance. Cette instance est composée de la directrice, présidente du COPIL, du directeur adjoint, de cadres supérieurs de santé, d'IDEC, du MEDCO, de représentants des soignants (IDE, lingères, ASO et AS), de la psychologue des résidents et de la psychologue des familles.	Actions	Pilotes	Echéances	Priorité (1/2/3)	Indicateurs d'évaluation	Réaliser des groupes de travail et procédure pour la gestion des actes "bénins" mais maltraitants	Adjoint soins Cadre de santé	31/12/2021	1	Nombre d'actes de maltraitance signalés ou constatés	Mettre en place un comité éthique	Directeur Adjoint soins Psychologues	31/12/2022	2	Nombre de séances du comité éthique	Remarque 5 : La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil Remarque 6 : Le règlement de fonctionnement ne mentionne pas l'obligation d'informer la direction de toute situation réelle ou supposée de maltraitance de la part des résidents comme des salariés Remarque 7 : Les salariés ne bénéficient pas de groupe d'analyse des pratiques professionnelles.
Actions	Pilotes	Echéances	Priorité (1/2/3)	Indicateurs d'évaluation													
Réaliser des groupes de travail et procédure pour la gestion des actes "bénins" mais maltraitants	Adjoint soins Cadre de santé	31/12/2021	1	Nombre d'actes de maltraitance signalés ou constatés													
Mettre en place un comité éthique	Directeur Adjoint soins Psychologues	31/12/2022	2	Nombre de séances du comité éthique													

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Il est prévu que le comité se réunisse 3 fois par an. La 1^{er} action mise en place est la réalisation de formations flash, dispensées par la psychologue et portant sur la bientraitance. Ces séances de 45 min doivent avoir lieu toutes les semaines à partir du 23 juillet 2024. Elles sont à destination de l'ensemble des professionnels, sous la forme de groupe de 4 à 5 soignants par session. Livret d'accueil La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil. Le numéro d'appel 3977 n'y figure pas. Règlement de fonctionnement Le règlement de fonctionnement rappelle que les faits de violence physique ou verbale sur des résidents ou des professionnels peuvent entraîner une procédure administrative et/ou judiciaire, mais ne mentionne pas l'obligation d'informer la direction de toute situation réelle ou supposée de maltraitance de la part des résidents comme des salariés. L'établissement a transmis un flyer d'incitation à la déclaration des situations de maltraitance. Elle mentionne la possibilité de signaler les situations de maltraitance aux autorités de contrôle, à l'association ALMA Paris, de contacter le 3977, les forces de police ou le procureur de la République et rappelle les fondements de l'article L. 119-1 du CASF. La Mission n'a pas connaissance du mode de diffusion de ce flyer et de son appropriation par les équipes. La mention de ce flyer ne figure pas dans la procédure de déclaration des EI/EIG/plaintes. Plan de développement des compétences L'établissement a transmis son plan de développement des compétences 2023 où figure une formation sur la bientraitance, dispensée auprès de 7 agents. Le rapport d'activité indique que 10 agents ont suivi une formation sur cette thématique, sans préciser le contexte (formation interne ou dispensée par un prestataire externe). D'après le plan de formation 2024, 2 agents sont inscrits à une formation portant sur la « bientraitance et adhésion de la personne âgée à son plan d'accompagnement personnalisé » dispensée par un organisme externe, ce qui correspond à 4% des effectifs de l'EH PAD. Un membre de la direction est programmé sur une formation interne. La Mission ne peut s'assurer que les professionnels bénéficient d'un groupe d'analyse des pratiques professionnelles par un professionnel externe.	Remarque 8 : Peu d'agents ont bénéficié de formation sur la bientraitance.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<u>Les procédures de signalements des situations de violences, d'harcèlements sexuels ou d'agressions</u>	Écart 12: En ne déclarant pas aux autorités administratives compétentes la totalité des EI/EIG, l'établissement contrevient à l'article L. 331-8-1 du CASF.
1.4.3.2	L'établissement n'a pas de procédure spécifique aux situations de violences, d'harcèlements sexuels ou d'agressions. La procédure EI/EIG datant de mars 2022, mentionne l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, où la déclaration de ces situations est abordée. Un fichier extrait du logiciel Titan récapitulant les EI/EIG déclarés entre mars 2023 à juillet 2024 a été transmis à la mission. Ce tableau ne précise pas les actions menées. S'il n'y pas mention de l'article L.313-24 du CASF, la charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables, annexée à la procédure de gestion des EI/EIG, précise que le professionnel signalant ne sera pas sanctionné tant qu'il n'a pas manqué délibérément aux règles de sécurité ou aux bonnes pratiques professionnelles. Un livret, non daté, visiblement ancien (logo ancien cu CASVP et les derniers éléments juridiques datent de 2016) , portant sur le harcèlement et les discriminations et à destination des agents du CASVP a été transmis à la mission. Ce livret n'est pas spécifique à l'établissement.	Écart 13: La procédure de signalement des événements indésirables et des événements indésirables graves ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République en référence à l'article 434-3 du code pénal Remarque 9 : Il n'existe pas de procédure spécifique aux situations de violences, harcèlements sexuels ou d'agressions.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
La gestion des plaintes et des réclamations L'établissement a transmis un registre sous la forme d'un tableau Excel où sont consignés les plaintes et les réclamations de l'année 2024. Des consignes d'utilisation du tableau ont été rédigées pour permettre un enregistrement adéquat. Le registre détaille : - Le nom du plaignant, - La nature de la plainte/réclamation, - Le canal de la réclamation, le service concerné, - Le degré d'urgence, - Le statut de la réponse - La réponse apportée, - La date de clôture, - Le plan d'action, - Le suivi. 1.5.1.1	Au regard du tableau transmis, les plaintes et réclamations font l'objet d'un suivi et d'une réponse par mail au plaignant. Il est indiqué, dans les consignes d'utilisation que le tableau est présenté en RIS/CODIR pour permettre d'assurer le suivi et qu'un bilan annuel est présenté lors du CVS. La mission constate l'absence de bilan annuel des plaintes et réclamations dans les compte-rendu de CVS transmis ainsi que dans le rapport d'activité 2023. L'enquête de satisfaction L'établissement a transmis les résultats des enquêtes de satisfaction 2022 et 2023 à destination des familles et des résidents. D'après le rapport d'activité 2023 indique que les enquêtes sont réalisées à l'aide d'une tablette par l'équipe d'animation. Il n'est pas précisé si les questionnaires dont l'objet d'un autre mode de diffusion. Concernant l'année 2023, la phase d'enquête a eu lieu du 07/07/2023 au 30/08/2023, 10 retours ont été obtenus. Le formulaire demande des renseignements sur le proche (sexe, âge, date d'entrée, type de chambre) et questionne sur les thématiques suivantes : le cadre de vie, les soins, la vie dans l'établissement,	Remarque 10 : Les plaintes et réclamations ne font pas l'objet d'un bilan dans les CR des CVS et dans le rapport d'activité.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	la participation à la vie sociale et une appréciation globale sur l'établissement. Le questionnaire offre la possibilité d'apporter des commentaires complémentaires. Les points positifs concernent d'une manière générale le confort des chambres, l'accueil, les espaces communs et la participation à la vie sociale. Les axes d'amélioration portent sur l'information donnée sur les soins, la vie en établissement, notamment les repas. Les familles sont globalement satisfaites avec 97% mais le pourcentage est en nette recul par rapport au 98% de 2022. 10 résidents ont répondu à l'enquête de satisfaction en 2023. Cette enquête a été diffusée entre le 02/08/2023 et le 06/09/2023. Les résidents sont satisfaits du cadre de vie, des soins, de la vie sociale Les repas, les animations font parties des points à améliorer. 90% des résidents sont globalement satisfait, le pourcentage est en nette augmentation (85% en 2022). Le résultat des enquêtes de satisfaction à destination des résidents et des familles est enregistré dans le logiciel Ageval. Les compte-rendu des CVS de mai 2023 et mars 2024 mentionnent, respectivement, les résultats de l'enquête de satisfaction 2023 et 2024. Chaque question a fait l'objet d'une analyse, des axes d'amélioration ont été présentés. La procédure de déclaration des événements indésirables Une procédure de signalement des EI/EIG/plaintes datant de mars 2022 a été transmis, il s'agit d'une procédure type du CASVP. Elle est annexée d'une charte d'incitation à la déclaration des EI et d'un logigramme de déclaration des EI/EIG et plaintes. Cette procédure détaille les différents types d'événements. Les signalements sont enregistrés sur le logiciel Titan, par un membre de la direction suite à une alerte du professionnel auteur de l'EIG ou qui le constate. L'établissement met en place une revue de morbidité et de mortalité (RMM) et un RETEX pour analyser les causes de l'évènement. Les suites données sont enregistrées dans Titan. Les plans de développement des compétences 2023 et 2024 ne comportent pas de formations sur la classification des différents EI. Le rapport d'activité ne mentionne pas de formations en interne sur cette thématique.	
1.5.1.3		Remarque 11 : Il n'existe pas de formations relatives à l'identification des EI.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<u>L'analyse et le suivi des EI/EIG</u> EI : L'établissement a transmis une liste récapitulative des EI de 2023 et 2024, ●EI sont comptabilisés pour l'année en 2023 et ●en 2024. La mission ne peut s'assurer d'un suivi en l'absence d'indications des mesures correctives. EIG : L'établissement a transmis deux RETEX pour des EIG datant de janvier et mai 2024 Les deux EIG ont été transmis aux autorités de contrôle, ainsi qu'un des deux RETEX. Les RETEX détaillent la situation, les mesures mises en place, celles qui n'ont pas fonctionné et les axes d'amélioration. La procédure prévoit que les événements font l'objet de mesures d'amélioration inscrites dans le PACQ. Celui transmis ne prend pas en compte les mesures préventives prises suite à l'analyse des EI/EIG.	Remarque 12 : Le PACQ transmis ne prend pas en compte les mesures préventives suite à l'analyse de EI/EIG. Remarque 13 : Tous les RETEX n'ont pas fait l'objet d'une transmission aux autorités de contrôle.
	<u>Signalements et transmission des RETEX</u> La procédure susmentionnée prévoit l'organisation d'une RMM ou un REX par l'EHPAD en lien avec le service qualité, dans les 3 mois suivant l'EIG ou le dysfonctionnement grave et au terme de ces réunions, un certain nombre d'axes d'amélioration sont proposés pour que les événements ne se reproduisent pas, des mesures d'amélioration sont inscrites dans le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ), des comptes rendus de ces réunions sont transmis à l'ARS ainsi qu'à la chargée de la qualité des soins et des suites données à l'évènement et de la clôture des événements sont inscrits dans le logiciel de soins.	
1.5.1.6		

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<u>La composition de l'équipe</u> L'établissement a transmis : - La liste du personnel 2024, mise à jour le 08/07/2024, - Un organigramme mis à jour le 19/07/2024, - Un tableau des effectifs 2024. Au 19 juillet 2024, date du contrôle et d'après les documents transmis, la répartition des effectifs, selon la fonction, est la suivante :	Remarque 14 : Le tableau des effectifs n'est pas à jour, les informations ne concordent pas avec la liste du personnel et l'organigramme.
2.1.1.1		

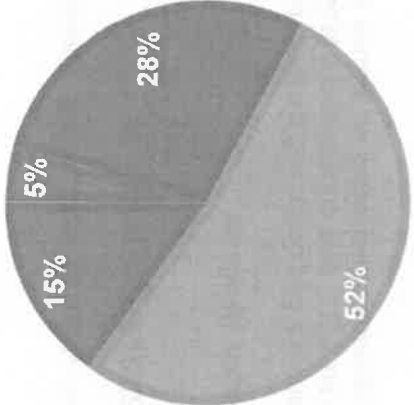
N°IGAS	Observations ou commentaires						Constat E/R	
	FONCTIONS	Nbr physique	ETP budg	ETP réel	Ecart ETP	Vacant	Absent	Remarque 15 : Les tableaux des effectifs ne font pas systématiquement apparaître les dates de début et fin de contrat.
	Admission	1	1	1	0			
	Animateur	2	2	1	-1	1		
	AS	33	32	29,3	-2,7			
	ASO Accueil	2	2	2	0			
	ASO Chevet	12	10					
	ASO Lingerie	3	3	2,8	-0,2			
	Cadre de santé	1	1	1	0			
	Cadre hôtelier	1	0,5	0,5	0			
	Coiffeuse	1	0,3	0,3	0			
	Directeur	1	0,5	0,5	0			
	Directrice Adjointe aux soins	1	0,5	0,5	0	1	1	
	Directrice Adjointe aux ressources	0	1	0	-1	1		
	Economat	1	1	1	0			
	Psychomotricienne (anciennement Ergothérapeute)	1	0,5	0,2	-0,3	1		
	Infirmier	6	7	6	-1	2		
	Infirmier de nuit	1	0,67	1	0,33			
	Magasinier/Atelier	2	2	2	0	2		
	Médecin - Assistante médicale partagée	1	1	0	-1			
	MEDCO	1,2	0,6	0,6	0			
	Médecin prescripteur		0,6	0,6	0			
	Pédicure	1	0,2	0,2	0			
	Psychologue résidents	1		0,5				
	Psychologue salariés	1	0,8	0,2	-0,1			
	SLRH	1	1	1	0			
	Socio-esthétique	1	0,2	0,2	0			
	TOTAUX	76,2	69,37					

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'équipe pluridisciplinaire est composée de 76 professionnels pour 69,37 ETP, dont 54 agents titulaires et une stagiaire (une ASO dont l'affectation date du 01/05/2021). La Mission n'est pas en mesure d'identifier clairement le nombre d'ETP réel et les postes vacants, des postes présents (2 ASO) dans l'organigramme ne sont pas mentionnés dans le tableau des effectifs et dans la liste du personnel. Le tableau des effectifs n'identifie pas le statut de 3 postes : la directrice, un AS réintégré et l'assistante médicale partagée). D'après le document, l'assistante médicale est financée par une fondation tandis que la liste du personnel mentionne que le poste est supporté par un autre établissement. A noter que trois postes sont financés par le « budget général » : un magasinier et deux aides-soignantes. La socio-esthétique est gérée par un autre EHPAD du CASVP. Le poste d'ergothérapeute a été transformée en poste de psychomotricienne. Deux agents sont actuellement absents : le médecin coordonnateur en congés maternité et 1 ASO au chevet en congés longue maladie. La liste du personnel indique que le MEDCO est en CDD jusqu'au 31/05/2024. Les postes vacants identifiées, par la Mission, sont les suivants : - 1 animateur, - 1 directrice-adjointe aux ressources - 1 directrice-adjointe aux soins, - 1 ergothérapeute, - 2 infirmiers, - 2 magasiniers/atelier, - 1 médecin prescripteur, démissionnaire au 31/08/2024, - 3 aides-soignants. Le poste d'assistante partagée n'a pas pu être identifié ainsi qu'un poste d'AS en CDD (sans date d'arrivée, ni date de fin), la colonne n'étant pas été renseignée. La Mission constate que la colonne « poste vacant » du tableau des effectifs n'est pas correctement renseignée. 3 postes figurent « non vacant » alors que : - 1 CDD AS a pris fin en septembre 2023, - 1 CDD AS sans date de fin, - 1 CDD ASO a pris fin en octobre 2023 avec une mention d'un départ en IFAS en septembre 2024, ce qui peut amener à penser que l'agent est en poste au jour du contrôle, - 1 CDD psychologue dont la date de fin apparaît au 30/09/2023. Les 3 noms figurent dans l'organigramme.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R																				
	Deux postes AS titulaire sont considérés comme vacant alors qu'une demande de mutation est prévue au 01/09/2024 et un agent est actuellement en congés payés qui doit précéder un départ à la retraite. Concernant les CDD, un CDD a pris fin en août 2023, deux fin mai 2024 et trois CDD fin septembre 2023, mais apparaissent dans l'organigramme et un CDD sans date de fin. La Mission n'est pas en mesure d'identifier clairement ces vacances de postes. La Mission constate également des écarts entre le tableau des effectifs, la liste du personnel et l'organigramme transmis. Selon l'organigramme, l'équipe est dotée de 83 agents. Voici les incohérences recensées : <table><tr><th></th><th>Organigramme</th><th>Liste du personnel</th><th>Tableau des effectifs en nombre physique</th></tr><tr><td>Effectif total</td><td>83</td><td>85</td><td>77</td></tr><tr><td>Infirmiers dans le cadre du dispositif de nuit sur les EHPADs Sara-Weill-Raynal/Héroid/Oasis</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>ASO au Chevet</td><td>13</td><td>17</td><td>10</td></tr><tr><td>AS</td><td>30</td><td>38</td><td>33</td></tr></table> Les postes du podologue et de l'assistante médicale partagée ne figurent pas dans l'organigramme. L'équipe de restauration employée par une entreprise externe à l'établissement, n'est pas quantifiée. La liste du personnel fait apparait un agent diplômé AMP sur un poste d'AS. <u>Les contractuels</u> D'après le tableau des effectifs 2024, 25 agents en CDD et 1 stagiaire sont comptabilisés, qui concernent les professions suivantes : - Directeur adjoint aux soins, - Economat, - Atelier/Magasin, - Infirmier, - Aide-soignant, - ASO, - MEDCO, - Médecin prescripteur,		Organigramme	Liste du personnel	Tableau des effectifs en nombre physique	Effectif total	83	85	77	Infirmiers dans le cadre du dispositif de nuit sur les EHPADs Sara-Weill-Raynal/Héroid/Oasis	2	1	1	ASO au Chevet	13	17	10	AS	30	38	33	
	Organigramme	Liste du personnel	Tableau des effectifs en nombre physique																			
Effectif total	83	85	77																			
Infirmiers dans le cadre du dispositif de nuit sur les EHPADs Sara-Weill-Raynal/Héroid/Oasis	2	1	1																			
ASO au Chevet	13	17	10																			
AS	30	38	33																			

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Psychologue des agents, - Psychologue des résidents, - Psychomotricienne (anciennement poste ergothérapeute), - Pédicure, - Socio-esthéticienne. La liste du personnel fait apparaître un emploi saisonnier (canicule), non mentionné dans le tableau des effectifs et dans l'organigramme. L'établissement mentionne dans le tableau le recours à 5 agents identifiés comme « vacataires » en 2023 : 3 infirmiers, 2 aides-soignantes et 11 CDD : 3 ASO, 5 aides-soignantes, une psychologue, une diététicienne et un adjoint technique. Depuis le début de l'année 2024, l'établissement a eu recours à 12 CDD : 1 atelier/magasinier, 1 infirmier, 3 aides-soignants, 1 psychologue des résidents, 1 ergothérapeute, 1 pédicure et 1 socio-esthéticien. La durée des contrats oscille entre 1 mois à 10 mois avec une moyenne de 5 mois. Il n'est pas possible d'identifier une durée car la date de fin n'est pas mentionnée. A noter qu'un CDD prend fin le 31/02/2025 au lieu du 28/02/2025. La répartition par année d'arrivée :	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R												
	Répartition des agents par année d'ancienneté <table><thead><tr><th>■ 2020</th><th>■ 2021</th><th>■ 2022</th><th>■ 2023</th><th>■ 2024</th><th>■ sans indication</th></tr></thead><tbody><tr><td>47%</td><td>18%</td><td>12%</td><td>14%</td><td>8%</td><td>1%</td></tr></tbody></table> La Mission constate que l'équipe de l'établissement est jeune en termes d'ancienneté, allant de 2020 à 2024, avec une majeure partie affectée en 2021, cela correspond à la fermeture de l'établissement pour travaux de juin 2015 à mai 2021. La Mission n'a pas beaucoup de recul pour apprécier la stabilité de l'équipe. La Mission relève le manque d'indication pour 10 agents. <u>Répartition de l'équipe soignante en fonction de l'âge</u> L'équipe soignante comprend 50 agents. Dans le tableau des effectifs, la date de naissance n'est pas mentionnée pour 5 agents. L'âge de l'équipe soignante oscille entre 30 et 66 ans, la moyenne est de 52 ans. La répartition par tranche d'âge se manifeste de manière suivante :	■ 2020	■ 2021	■ 2022	■ 2023	■ 2024	■ sans indication	47%	18%	12%	14%	8%	1%	
■ 2020	■ 2021	■ 2022	■ 2023	■ 2024	■ sans indication									
47%	18%	12%	14%	8%	1%									

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	RÉPARTITION PAR TRANCHE D'ÂGE ■ trentaine ■ quarantaine ■ cinquantaine ■ soixantaine  Une part importante de l'équipe soignante a plus de 50 ans, soit 67%. Cette situation laisse présager un renouvellement important de son équipe soignante dans les années à venir, ce qui est susceptible de remettre en cause sa stabilité et de fragiliser la prise en charge des résidents. La Mission souligne la nécessité pour l'établissement de porter une attention à son renouvellement.	
2.1.1.3	L'établissement n'a pas communiqué les informations relatives au taux d'absentéisme et pas rempli le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social.	Remarque 16 : Le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social n'a pas été renseigné par l'établissement.
2.1.1.6	<u>Le recours à l'intérim</u> La procédure de la gestion de l'absentéisme des soignants datant de juin 2024 fait mention du recours à l'intérim en 4^{ème} intention pour l'équipe de jour et en 3^{ème} intention pour l'équipe de nuit. D'après les plannings des mois de mai à juillet 2024, le recours à l'intérim est significatif pour le mois de juillet, ce qui entraîne une fragilité de l'équipe soignante. Durant cette période, le recours à l'intérim se manifeste de la manière suivante : - Au mois de mai : 1 personne en intérim le 24,	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Au mois de juin : 12 entre le 14 et le 28 sur l'équipe de jour, 3 sur des postes d'AS de nuit les 21,22, 23 et 6 sur des postes d'IDE entre le 17 et 28, - Au mois de juillet : 18 sur l'équipe de jour entre le 2 et le 21. Au mois de juillet, l'établissement a fait face à des absences inopinées sur des postes AS (deux le 1^{er} ; un du 1^{er} au 2, du 15 au 18 puis au 19 au 21) et un AS en « AT » depuis le 19 mai. La Mission n'est pas en mesure d'établir s'il s'agit d'un arrêt de travail ou d'un accident de travail.	
2.1.2.1	<u>Le plan de développement des compétences</u> L'établissement nous a transmis les plans de développement des compétences des années 2023 et 2024. Le tableau relatif à l'année 2023 comporte 30 formations, dont le coût total est de 11 962 €. Il n'est pas fait mention de la durée des formations. En 2023, 56 agents ont bénéficié de formations individuelles. 41 agents ont bénéficié d'une seule formation, 11 agents en ont suivis 2, 3 professionnels ont bénéficié de 3 formations et 1 agent de 4. Une seule formation sur la bientraitance a été dispensée qui concernait 7 agents et aucune sur le repérage de la maltraitance. Concernant l'année 2024, le plan de développement des compétences comporte 33 formations, dont les thématiques sont les suivantes : - Ethique et pratique soignante, - La réglementation et la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le logiciel Prorisq, - S'affirmer dans ses relations professionnelles assertivité les bases, - Animation auprès des personnes âgées, - Animation en unité de vie protégée, - Troubles du comportement chez la personne âgée, - Soins palliatifs, fin de vie – directives anticipées et personne de confiance, - Bientraitance (réservée à la direction), - La prise en charge de l'adulte âgé souffrant de maladies psychiatriques, - Ethique et pratique soignante, - DU Prise en charge de la douleur en soins infirmiers, - Plaies et cicatrisation, prévention et soins des escarres et soins ulcères, - Ethique et pratique soignante, - Troubles du comportement chez la personne âgée, - Iatrogénie médicamenteuse et personnes âgées,	Remarque 17 : Le plan de développement des compétences ne contient pas de formation sur le repérage de la maltraitance. Remarque 18 : Le plan de développement de compétence comporte peu de formations diplômantes.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Situation d'agressivité avec une personne âgée, - Les pathologies neurodégénératives - Parkinson, Huntington, sclérose, - Relation avec les familles des résidents en EHPAD à domicile, - Evaluation et prévention des risques chimiques, - Sauveteur Secouriste du travail - SST initiale, - Excel initiation, - Connaissance de la personne âgée – dépendance et simulation de vieillissement, - Nutrition/dénutrition de la personne âgée et hygiène bucco-dentaire, - Transmissions ciblées, - Prise en charge de la douleur, - Bienveillance et adhésion de la personne âgée à son projet d'accompagnement personnalisé, - Titan - formation renforcement AS/ASO/AMP, - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse, - Hygiène du linge et méthode RABC. Les formations collectives sont les suivantes : - Manipulation d'extincteurs en unité technique/mobile, - Hygiène du linge et méthode RABC, - Equipier d'évacuation (guide file et serre file), - Bienveillance et adhésion de la personne âgée à son projet, - Prise en charge de la douleur, - Transmissions ciblées, - AFGSU1 - Formation Gestes et soins d'urgence - Niveau 1, - AFGSU 2 - Formation Gestes et soins d'urgence - Niveau 2, - La prise en charge de l'adulte âgé souffrant de maladies psychiatriques. Ces 9 formations collectives sont programmées et vont concerner 220 agents. 23 agents doivent bénéficier de formations individuelles. 7 agents doivent suivre d'une formation, 8 doivent bénéficier de 2 formations, 5 agents de 3 formations et 3 agents de 4 formations. En 2024, deux fois moins d'agents font l'objet de formations individuelles. Deux agents vont bénéficier d'une poursuite d'étude dans le cadre d'un Diplôme Universitaire. La Mission constate que peu de formations diplômantes sont proposées. 8 demandes de formations ont été refusées : deux demandes de formation ASG, un accompagnement pour la VAE auxiliaire de puériculture, la VAE aide-soignant, trois demandes sur la thématique de la prise en charge de l'adulte âgé souffrant de maladies psychiatriques et une demande de DU prise en charge de la douleur en soin infirmiers. Il n'est pas précisé la durée des formations.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le coût total de l'ensemble du plan de développement des compétences est estimé à 24 520,97€. Les thématiques des formations sont variées et concernent les membres de la direction, de l'animation et l'équipe soignante. En complément de ces formations et d'après le RAMA transmis, le médecin coordonnateur dispense des formations sur les sujets portants sur l'éthique, la nutrition, l'épilepsie, la douleur, le sommeil, la démence, le GIR et la déglutition.	
2.1.2.5	<u>Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels</u> L'établissement a transmis un guide à l'attention des encadrants pour « Réussir l'accueil d'un.e nouvel.le agent.e en 6 étapes ». Ce livret rédigé par le CASVP, n'est pas spécifique à l'EH PAD. Il est non daté. Le processus d'accueil d'un nouvel agent s'inscrit dans un repère chronologique. L'encadrant est amené à : - J-14 : Réfléchir et organiser l'accueil, - J-7 : Prendre contact par téléphone pour échanger sur les modalités de son arrivée, - J-1 : Préparer le kit de bienvenue, - Le jour J : Accueillir, prendre le temps de se présenter et d'exposer le contexte et les modalités de travail, - J+7, J+28, J+3 : des entretiens, - Entre J+3 et J+6 mois : le rapport d'étonnement. D'après le document, la mise en place d'un pair volontaire dure 6 mois. La Mission n'a pas l'assurance que ce type d'accompagnement est effectif. Le RAMA et le rapport d'activité ne font pas mention de pratiques de soutien aux professionnels. (Cf. remarque 9) Il n'existe pas de protocole d'accueil des nouveaux professionnels, notamment au sein de l'équipe soignante.	Remarque 19 : Il n'existe pas de protocole d'accueil des nouveaux professionnels, notamment au sein de l'équipe soignante.

N°IGAS

Observations ou commentaires

Constat E/R

2.1.4.5

Les plannings

Les 94 personnes accueillies sont réparties sur les étages de la manière suivante :

- 1er étage (UVP) : 15 places,
- 2^{ème}, 3ème et 4ème étage : 18 places respectives,
- 5ème étage : 17 places,
- 6ème étage : 8 places.

Le rapport d'activité 2023 précise que l'équipe du matin travaille de 7h à 14h48, l'équipe de garde (après-midi) de 13h30 à 21h20 et l'équipe de nuit de 21h à 7h.

La fiche de procédure de gestion de l'absentéisme soignant prévoit un effectif minimum, détaillé ci-dessous :

IDE	MATIN	APRES-MIDI	NUIT
Etage 1	1	1	0,67
Etage 2			(1 IDE mutualisée avec HEROLD et OASIS)
Etage 3	1	1	
Etage 4	1	1	
Etage 5			
Etage 6	1		
TOTAL	4	3	0,67

AS	MATIN	APRES-MIDI	NUIT
Etage 1	2	1.5	1
Etage 2	1		1.5
Etage 3	1	1	1
Etage 4	1	1	1
Etage 5	2	1	1
Etage 6	1	1	
TOTAL	8	7	4

ASO	MATIN	APRES-MIDI	NUIT
Etage 1	1	1	
Etage 2		1	
Etage 3			
Etage 4	1	1	

Écart 14: La Mission constate que l'effectif cible des IDE et des ASO/AS n'est pas atteint, ce qui ne garantit pas la sécurité des personnes accueillies et contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires				Constat E/R
	Etage 5	Etage 6	TOTAL		
			2	3	0
L'effectif minimum ciblé se résume de la manière suivante : • 4 IDE le matin, 3 l'après-midi et 0,67 la nuit • 8 AS le matin, 7 l'après-midi et 4 la nuit • 2 ASO le matin et 3 l'après-midi. L'établissement a transmis les plannings soin de l'année 2024, qui identifie les soignants répartis sur : les « pôles » Champ Elysée, Tour Eiffel, Louvre, Ile de la Cité, Bastille/Montmartre. L'ensemble des plannings transmis ne permettent pas d'identifier clairement la répartition par étage par rapport aux éléments fournis dans le tableau ci-dessus . ⇒ <u>Equipe IDE</u> : Le planning prévoit, pour le mois d'octobre, un effectif de 3 à 6 IDE par jour : 2 à 4 matin et 1 à 2 l'après-midi. Durant cette période, les IDE sont en majorité présente en effectif de 3, soit sur 61,95% de la période, à 4 soit 31,52%, à 2 soit 1,09% (concerne 4 jours), à 5 et 6 soit 1,09%. L'établissement n'atteint pas l'effectif cible. L'IDE de nuit mutualisé à 3 EHPADs du CASVP est fixé à 34 jours de présence dans l'établissement, soit sur 36,96%. ⇒ <u>Equipe AS/ASO</u> Le planning prévisionnel du mois d'octobre 2024 des AS/ASO prévoit pour : - l'équipe du matin : entre 6 et 11 soignants, - l'équipe de garde (après-midi) : entre 6 et 10 soignants, - l'équipe de nuit : entre 3 à 4 soignants (uniquement des aides-soignants). L'effectif cible n'est pas atteint pour les 3 équipes. Le nombre est inférieur à 10, 18 matinées sur 31 soit 58,06% et d'un après-midi sur 31, 3,22%. La nuit, les AS sont en nombre de 3, à 15 reprises, soit la moitié du mois. Concernant l'équipe ASO/AS, les AS sont présentes entre 69,23% à 82,61% dans le planning prévisionnel d'octobre 2024, ce qui garantit une présence minimum d'AS. Elles sont majoritairement présentes en effectif de 14 et 17 agents à 8 reprises (soit 25,81% des jours travaillés) ; à 19 à 7 reprises (soit 22,58 % des jours travaillés), à 15 à 4 reprises (soit 12,90% des jours travaillés) et à 16 et 18 agents à 2 reprises (soit 6,45% des jours travaillés).					

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	A noter qu'une soignante ayant le diplôme d'AMP est positionné sur un poste d'aide-soignante, ce qui induit un glissement de tâches.	
	<u>Les fiches de tâches heurées et les glissements de tâches</u>	
	L'établissement a transmis des fiches de tâches heurées AS/ASO pour l'équipe du matin et de l'après-midi, celle des infirmiers pour l'équipe du matin et de l'après-midi, ainsi que celle de l'AS de nuit. Elles ont été rédigées par les « Soins » et vérifiées par la Directrice.	
	La fiche de tâches des aides-soignants et des agents sociaux au chevet, détaille la répartition des missions des 3 soignants, dès la prise de poste et contient des recommandations de bonnes pratiques. Les missions des AS/ASO sont les suivantes :	
2.1.4.2	⇒ <u>Equipe du matin</u> : amplitude horaire de 7h à 14h48 et concernant 3 soignants : - Vérification de l'étage d'affectation sur le planning situé à l'accueil et prise du DECT, - Préparation des chariots de nursing, - Prise en compte des transmissions, - Tour des chambres, - Préparation du petit déjeuner : dressage des tables, vérification/annotation des températures du réfrigérateur, servir auprès des 1 ers résidents, - Toilette en binôme, - Aide au repas des résidents dépendant, débarrassage, nettoyage de la vaisselle au fur et à mesure, - Aide à la prise des médicaments dans le cadre de la collaboration AS/IDE, - Service du petit déjeuner en salle et en chambre pour reste des résidents, - Toilettes individuelles ou en binôme, - Retrait des carafes d'eau, lavage et remise de l'eau propre, - Nettoyage et désinfection de l'environnement des résidents, - Elimination des déchets de soin, - Accompagnement en salle à manger pour la prise du déjeuner et en chambre après le repas, - Transmissions écrites et traçabilité du plan de soin. ⇒ <u>Equipe de l'après-midi</u> : amplitude horaire de 13h32 à 21h20 et concernant 3 soignants : - Prise du DECT et vérification de l'étage d'affectation, - Tour des chambres, - Accompagnement en chambre ou dans la salle commune, - Participation aux transmissions, - Gestion du linge, - Nettoyage du frigo,	Remarque 20 : La fiche de tâches AS/ASO ne permet pas de de différenciation entre ces deux professions. Remarque 21 : La fiche de tâches heurées de l'infirmière de nuit n'a pas été transmise.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Changes, - Mise à jour du plan de soin, - Réalisation d'une animation ou accompagnement - Distribution des gouters, ⇨ <u>Equipe de nuit</u> : amplitude horaire de 21h à 7h concernant 4 aide-soignants : - Sécurisation du bâtiment et positionnement sur l'étage d'affectation, - Préparation des collations, - Distribution des médicaments - Préparation, nettoyage, désinfection du chariot, - Changes, - Surveillance : passage en chambre, rondes, - Transmissions et mise à jour du plan de soins, - Nettoyage des fauteuils roulants, - Gestion des poubelles, - Récupération du pain pour la salle à manger La fiche de taches IDE présente les missions continues, transversales, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et les tâches suivantes : ⇨ <u>Equipe de Jour</u> : - Organisation en binôme ou en trinôme, - Prise du DECT, - Point sur les effectifs, - Lecture des transmissions, - Soins prioritaires, - Distribution des médicaments, en collaboration avec les AS, - Point avec le médecin, - Soins, - Transmission écrites et orales, - Nettoyage et rangement des chariots ; ⇨ <u>Equipe d'après-midi</u> : - Transmissions, - Organisation en binôme ou trinôme, - Préparation et vérification prise du traitement - Soins,	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Distribution des médicaments en collaboration avec les AS, - Rédaction des transmissions, - Rangement et nettoyage des chariots. Le roulement de l'équipe de jour (7h-14h48) et de l'après-midi (13h32-21h20), permet la participation à deux temps d'échanges : les transmissions de 15min entre pairs puis en équipe pluridisciplinaire d'une durée de 40 min. La date de mise à jour des fiches de tâches n'est pas indiquée. La fiche de tâches de l'IDE de nuit n'a pas été transmise.	
2.1.4.4	<u>Les glissements de tâches</u> La fiche de tâches commune entre les AS et les ASO des équipes du matin et de l'après-midi conduit à un glissement de tâches et ne respecte pas le champ de compétences des professionnels. Elles ne permettent pas d'identifier les missions dédiées aux AS, hormis l'aide à la prise des médicaments, dans le cadre de la collaboration AS/IDE. Il n'est pas précisé l'existence d'une procédure de délégation de l'aide à la prise de médicament. Il n'a pas été transmis la liste des AS formés à cette tâche. En l'absence de précisions concernant le professionnel qui réalise les toilettes au lit, la Mission ne peut s'assurer qu'elles sont exclusivement effectuées par une AS et ne peut exclure un glissement de tâches. Les aides-soignants sont amenés à débarrasser et nettoyer la vaisselle, tâche qui devrait être prioritairement affectée aux ASO au chevet.	Écart 15 : Le non respecte pas le champ de compétences des professionnels entraîne un glissement de tâches, ce qui contrevient à l'article L.4391-1 du CSP, à l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 du CASF
2.1.4.7	<u>La gestion de l'absentéisme</u> Une procédure de gestion de l'absentéisme soignant a été transmise. Elle s'applique aux IDE, AS et ASO des équipes du matin, de l'après-midi et de nuit et détaille les effectifs minimums par étage. L'agent doit prévenir l'encadrement de soin ou l'IDE si les cadres ne sont pas présents. La gestion de l'absence est assurée par l'IDE en semaine avant 9h, par l'encadrement soignant après 9h et par l'IDE le week-end et jours fériés.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Si l'effectif est inférieur à l'effectif minimum ciblé, la procédure prévoit pour l'équipe de jour : • 1ère intention : modification du planning prévisionnel le matin même, recours aux heures supplémentaires ou décalage des repos hebdomadaires (RH) si l'absence est pour l'après-midi, • 2ème intention : Passage ponctuel en 10H ou 12H, • 3ème intention : Recours à la « vacation » (contractuel), • 4ème intention : demande de mission d'intérim. Concernant l'équipe de nuit, la modification du planning prévisionnel intervient en 1^{ère} intention, le recours à la vacation en 2^{ème} et la demande de mission d'intérim en 3^{ème} intention. La procédure prévoit une organisation pour les jours suivants l'absence non prévue uniquement pour l'équipe de jour. Elle n'explique pas clairement la manière dont les tâches sont affectées entre les soignants.	
2.1.4.10	<u>Les qualifications de nuit</u> L'équipe de nuit comprend 3 IDE et 8 AS. La procédure de gestion de l'absentéisme prévoit l'intervention d'une IDE de nuit (ETP 0.68), mutualisée avec deux EHPAD du CASVP) sur l'établissement et 4 AS répartis sur les 6 étages. Il ressort des plannings de mai à juillet 2024, la présence de 2 à 5 AS par nuit et de 0 à 1 IDE de nuit. Un tableau présente l'identité des soignants (aide-soignant et IDE), le grade, la date et numéro du diplôme et le n° ADEL a été transmis. La majeure partie des soignants de nuit y figurent, sauf deux aides-soignants dont une en CDD et trois infirmiers dont un « vacataire ».	Remarque 22 : Le tableau identifiant les soignants diplômés ne contient pas l'ensemble des professionnels intervenant la nuit

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> La procédure d'admission transmise par l'établissement, mise à jour en 2024, prévoit comme conditions préalables à l'admission d'un nouveau résident le dépôt d'un dossier d'entrée en EHPAD auprès de la Maison des Solidarités du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris et l'avis favorable du médecin coordonnateur. La veille de l'admission l'infirmière référente prépare le dossier médical du nouveau résident sur le logiciel de soins et le service hôtelier prépare la chambre. Cette procédure est scindée en deux parties : I) Accueil et admission du nouveau résident : - Le service des admissions est informé par l'accueil de l'EHPAD de l'arrivée du nouveau résident, - Passage dans le bureau des admissions afin de compléter le dossier administratif, signer le contrat de séjour, son annexe et divers autres documents (le règlement de fonctionnement, l'imprimé choix du médecin traitant... (liste des documents en annexe 1), - Installation dans sa chambre du nouveau résident par l'infirmière ou l'aide-soignant référent, - Le soignant référent complète les informations nécessaires à l'accompagnement et au suivi du nouveau résident pour les 48 heures, - Inventaire et état des lieux le jour de l'admission ou les jours qui suivent avec le résident, ou son représentant légal, et le cadre hôtelier, - Transmission du linge du résident à la lingerie pour être marqué à son nom, - Transmission d'un questionnaire « Faisons connaissance » à l'animation les jours suivants ; les nouveaux résidents seront présentés lors de la fête d'anniversaire du mois en cours, - Programmation dans la semaine suivant l'admission d'une visite du psychologue des résidents, ainsi que tous les professionnels paramédicaux si besoin, afin d'établir le bilan d'autonomie du nouveau résident, - Organisation d'une réunion de synthèse avec le résident et tous les intervenants dans les mois suivant ainsi qu'une rencontre avec sa famille et/ou la personne de confiance désignée par le résident. II) Suivi administratif du dossier du nouveau résident Saisie dans le système informatique : - Enregistrement dans le logiciel de gestion de toutes les informations relatives au résident accueilli (état civil, personne de confiance, caisses de retraites, mutuelle, APA etc.),		

3.1.1.1

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Intégration dans le logiciel de soins des scans de la pièce d'identité, de la carte et de l'attestation de l'assurance maladie, de l'attestation de la mutuelle, - Enregistrement du résident sur le site de la caisse d'assurance maladie.	
3.2.1.2	<u>Évaluation à l'admission</u> La procédure d'admission indique que l'admission du résident fait suite à l'avis favorable du médecin. Le médecin de la structure (Médecin coordonnateur) est sollicité pour donner son avis médical. L'établissement spécifie que le Medco « participe également à la Visite de Pré-Admission (VPA), systématiquement organisée pour permettre à la personne âgée et le cas échéant sa famille/tutelle, de visiter l'établissement, rencontrer les équipes ». Elle n'indique nullement une évaluation Norton, Braden, chutes, escarres, déglutition, douleur.	Remarque 23 : Une évaluation des chutes, escarres, déglutition, douleur n'est pas clairement spécifiée dans la procédure d'admission.
3.1.3.3	<u>Le Projet d'Accompagnement Individuel (PAI)</u> Référent PAI : D'après le questionnaire 7, les Aides-soignants sont référents des résidents : 39 Aides-soignants sont ainsi référents sur l'établissement soit un suivi de 2 à 3 résidents par aide-soignant (détermination des références par étage et numéro de logement). Une fiche détaille les rôles et les missions du référent : Rôles : - Accompagner et faciliter l'adaptation et l'intégration du résident, - Expliquer, aider, écouter et répondre pour faciliter la vie quotidienne du résident, - Améliorer les réponses apportées aux demandes du résident et de ses proches (fond, forme, délais), - Favoriser des temps privilégiés avec le résident sans pour autant établir une relation exclusive, - Favoriser les liens sociaux du résident, - Détecter les problèmes éventuels, avvertir les professionnels concernés par les demandes et besoins du résident et s'assurer qu'ils sont traités (faire le lien), - Alertier les responsables concernés de tout changement ou événement significatif concernant le résident, sans décider d'actions isolées, - Organiser le relai avec un autre référent lors d'absences longues du référent et en informer le résident et sa famille, - Être à l'écoute et anticiper les besoins du résident, être pro-actif, - Assurer la traçabilité de ces différents éléments dans le dossier informatisé du résident pour garantir la continuité de prise en charge.	

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Missions principales présentées : - Se présenter, accompagner dans la visite, l'installation, les déplacements...., - Expliquer le fonctionnement de l'établissement, - Commenter le livret d'accueil, - Présentation des différents interlocuteurs et services, bénévoles...., - Répondre aux besoins et demandes, expliquer, rassurer...., - Lui consacrer du temps et l'informer du suivi de ses demandes (interlocuteurs, délais....), - Être attentif à l'évolution de l'état du résident (goûts et habitudes alimentaires, appétit, hydratation, douleur, mobilité, continence, endormissement, hygiène, sécurité...), de ses besoins et attentes, - Renseigner la famille, dans les limites de ses fonctions et attributions. Le PAP L'établissement produit un dossier-type de synthèse PAP, mais pas de fiche détaillée du dispositif pas ne fournit plus détaillant la rédaction du PAP. D'après le questionnaire précité, l'équipe pluridisciplinaire participe à l'élaboration des PAI – PAP : Psychologue, médecin, IDEC, IDE, AS, professionnels paramédicaux (psychomotriciens, pédicure, socio-esthéticienne) et de la vie sociale (animateur). Chaque lundi, un staff-transmission est organisé, avec le pilotage de la psychologue : élaboration et suivi de 2 résidents, soit la mise à jour de 2 PAP.	Écart 16 : La commission de coordination gériatrique ne s'est pas réunie en 2023 et aucun élément ne permet de connaître la tenue de cette dernière en 2024, ce qui contrevient à l'article 1 de l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles
3.1.4.4	<u>La Commission de Coordination Gériatrique</u> Il est précisé dans le rapport d'activité qu'il n'y a pas eu de commission de coordination gériatrique en 2023. Il est indiqué dans le « Questionnaire n°7 – PRISE EN CHARGE/Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie » qu'une Commission de coordination gériatrique se réunit 1 fois par an, qu'elle n'a pas été organisée en 2023.	
3.1.4.5	<u>Interventions des professionnels médicaux</u>	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'établissement indique que des 4 médecins vacataires interviennent sur le temps du médecin prescripteur pendant les congés. Il n'y a pas d'interventions de médecin libéraux.	
2.5.4.3	<u>Système d' appels-malade</u> Les appels malades sont fixés dans les chambres / logements des résidents (pas un système d'appel malade mobile, tels que des médaillons ou montres). Les appels sonnent sur les DECT des professionnels soignants. Le système est suivi par la société Foliateam, avec un PC de suivi au niveau du R-1, salle informatique.	
3.3.3.1	<u>Intervention des bénévoles</u> L' établissement prévoit la possibilité d' interventions des bénévoles et encadre ces dernières par une « CHARTE DU BENEVOLE » qui définit les règles de partenariat qui fondent les relations entre les responsables de l' EHPAD et les bénévoles. Parmi ces règles, on y trouve principalement, le principe de la complémentarité des agents de l' EHPAD, l'adhésion aux méthodes de travail des professionnels de l' EHPAD, le droit au soutien des services de l' EHPAD pour mieux connaître le public auprès duquel il intervient, le droit à une relation avec les professionnels basée sur l' échange, le dialogue et la confiance, l' obligation de stricte confidentialité, la participation aux activités d'animation en fonction de ses goûts et de ses compétences, son placement sous la responsabilité du directeur de l' EHPAD et du responsable du service Animation, qui fixe le cadre et le mode de ses interventions en accord avec lui, le principe de la régularité et de la ponctualité, le sens du contact et du réconfort avec les personnes âgées, la discrétion, la tolérance, la capacité d' écoute et le respect des résidents. Par exemple, L' association Neo Silver qui fait la médiation animale intervient avec 2 chiens et un chat un jeudi sur deux.	

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Les droits du résident	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.2.2.2 3.2.2.5	Le livret d'accueil met en avant les droits du résident dans : - la vie quotidienne : confort chambre, distribution du courrier, repas, entretien du linge, suivi médical ; - la vie sociale de l'établissement : animations, sorties, visites ; - Le CVS : droit de donner des avis et des propositions sur le fonctionnement et l'organisation de l'établissement ; - La médiation d'une personne qualifiée pour faire valoir ses droits. Le contrat de séjour détaille les prestations d'hébergement, de soins (prothèse dentaire, médicaments, choix du médecin traitant...), droit à la protection des données, droit à une personne qualifiée, une aide financière, droit à la résiliation.		
3.2.3.1	<u>Procédure relative aux contentions</u> Il existe une procédure relative aux contentions intitulée « Protocole gestion et prise en charge de la contention » qui a été rédigé le 15/05/ 2024 par le médecin coordonnateur. Celle-ci précise que la contention physique passive fait nécessairement l'objet d'une prescription médicale et encadre les modalités de pratique de la contention, notamment par : - La prescription médicale précisant le motif, le dispositif de contention à utiliser, les modalités de mise en place de la contention (comment ? durée ? rythme ?), la surveillance, la durée ; - Les moyens utilisés : les barrières de lit, les gilets et les sangles thoraciques, les ceintures, tout matériel détourné de son usage, tout vêtement qui limite les mouvements volontaires du corps (exemple les couchages de sécurité, les dispositifs grenouillères) ; - L'évaluation préalable du risque de chute et la recherche d'alternatives. Les contentions ne sont pas comptabilisées dans le RAMA.	Remarque 24 : Les contentions ne sont pas comptabilisées dans le RAMA.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.8.2.9	Convention EHPAD/Officine et circuit du médicament L'organisation du circuit du médicament fait l'objet d'un protocole qui comporte les volets suivants : La prescription activité du médecin : les médecins traitants ou le médecin coordonnateur assurent : -Modalités de commande à la PUI activité de l'IDE Le médecin prescrit dans TITAN®. Les pharmaciens reçoivent les prescriptions via le logiciel TITAN et valident la prescription directement dans le logiciel. -Modalités de livraison activité de l'IDE -Stockage des médicaments -Le contrôle, la distribution, l'administration la surveillance et la traçabilité : activité de l'IDE L'IDE applique uniquement des prescriptions écrites sauf dans la gestion de l'urgence vitale où la prescription orale est tolérée en attendant l'écrit -La surveillance post administration -La traçabilité de la prise des médicaments. Elle prévoit les modalités de prescription par le médecin, les modalités de commande à la PUI centrale par l'IDE, la préparation, la dispensation et les modalités de la livraison pharmaceutique. Sont détaillés les modalités de stockage des médicaments dans le poste de soins d'étage sécurisé, ainsi que dans l'armoire et le réfrigérateur également sécurisés. Sont aussi détaillées les modalités de stockage dans le chariot de médicament ainsi que les cas de regroupement des médicaments « hors piluliers » dans des dispositifs fermés à clés et des traitements présents dans le chariot d'urgence. Sont également prévues les modalités de traçabilité des stocks et de bionettoyage des lieux de stockage. La procédure détaille le rôle de l'IDE dans le contrôle, la distribution, l'administration, la surveillance et la traçabilité des médicaments dans l'établissement. L'IDE doit assurer un contrôle des médicaments par rapport à l'ordonnance, assurer la distribution et l'administration des médicaments en assurant un travail d'identification et de traçage de la prise ou non-prise. Le personnel infirmier assure une surveillance post-administration, tout problème est signalé au médecin et tracé dans le dossier informatisé du résident.	Remarque 25 : Les prescriptions des situations urgentes ne sont pas immédiatement transcrites ce qui constitue un risque de perte d'informations
3.8.2.22	Délégation d'administration des médicaments par l'IDE Un protocole de collaboration IDE et AS est fourni par l'établissement et encadre les modalités de cette dernière de la manière suivante :	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le protocole décrit les situations nécessitant la distribution et l'aide à la prise de médicaments par les AS : si le résident n'est pas disponible au moment de la distribution ou pour assister l'IDE si elle ne peut assurer toute la distribution. Le protocole indique les traitements que peuvent distribuer les AS après formation tracée avec l'IDE et les traitements qui ne peuvent jamais être distribués par les AS (notamment les traitements morphiniques). Tous les traitements sont préparés par l'IDE et l'AS n'est pas autorisé à prendre des traitements autre que ceux préparés. Les modalités préparatoires à la collaboration IDE-AS sont une formation assurées par l'IDE sur les consignes relatives à l'administration des traitements et les principaux points de vigilance liés à la prise. La formation est reconduite autant de fois que nécessaire, les AS de nuit sont formés par un cadre de santé ou le cadre supérieur de santé de l'établissement. Le protocole définit également l'aide à la prise et distingue la collaboration, n'induisant pas de transfert de responsabilité entre l'IDE vers l'AS, de la délégation. L'AS doit effectuer un contrôle d'identification avant de distribuer les médicaments et en cas de doute, il n'administre pas le traitement et en informe l'IDE.	
3.8.2.24	<u>Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur</u> Un protocole pour la douleur est prévu par l'établissement. Ce protocole met en avant le dépistage et l'évaluation de la douleur à travers plusieurs axes : - Le dépistage est réalisé par l'ensemble du personnel soignant, - A l'arrivée et dans les 15 premiers jours suivants l'entrée, - A la demande selon les circonstances devant tout symptôme évocateur, - Pluri-quotidiennement à l'occasion des soins pour les douleurs induites. - Le dépistage se fait à l'interrogatoire, le résultat sera consigné dans le logiciel de soins et/ou lors des transmissions. Les échelles utilisées sont EVS, pour les résidents communicants, et Algoplus pour les résidents non-communicants.	
3.8.2.25	<u>Protocole soins palliatifs et fin de vie</u> Un protocole « Organisation des soins palliatifs a été transmis par l'établissement et comporte différentes rubriques : - Identification des résidents potentiels ;	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Echange IDE-AS-médecin ; - Recueil des éléments ; - Organisation réunion pluridisciplinaire ; - Diffusion de la décision ; - Réévaluation ; - Pathos ; - Suivi annuel.	
3.4.3.9	Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel Le rapport d'activité met en avant un travail sur la prévention, la prise en charge de la dénutrition et la tenue du tableau des dénutris : variations de poids, suivi d'albuminémies, observation. Le projet d'établissement comporte une partie (VIII.3.3) qui concerne la prévention de la dénutrition : il est ainsi précisé que pour se prémunir d'éventuelles situations de dénutrition, l'établissement procède à des dépistages réguliers, un bilan sanguin complet, des pesées mensuelles, le calcul de l'IMC (Indice de Masse Corporelle) et un dosage d'albumine, une prise en charge par les aides-soignants(e)s pour les résidents éprouvant des difficultés à s'alimenter seuls, d'éventuelles collations nocturnes. Suivi nutritionnel : La mission constate que parmi les 85 résidents pour lesquels les pesées ont été fournies, seuls 5 résidents n'ont pas été pesés dans le mois précédant l'extraction des données. L'IMC est renseigné pour tous les résidents. Il existe donc un bon suivi du poids et de l'IMC des résidents. Etat nutritionnel : Les données de suivi nutritionnel montrent que 42 résidents ont un IMC inférieur à 22, soit 49% des résidents. Parmi eux : - 21 IMC compris entre 20 et 22, correspondant à un critère de dénutrition, - 21 IMC inférieurs à 20, correspondant à un critère de dénutrition sévère. Un critère de dénutrition est donc retrouvé chez 49% des résidents, dont la moitié ont un critère de dénutrition sévère.	Écart 17 : La Mission d'inspection constate que la moitié des résidents a un IMC en dessous des normes. Un critère de dénutrition est présent chez 49% des résidents, ce qui contrevient aux articles L311-3 3° CASF et D312-155-0 2° CASF (actions de prévention).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Sur les proportions de dénutris, en l'absence de valeur de référence il est difficile de donner une cible, mais dans ce cas présent, le nombre de dénutri est plutôt plus élevé que dans d'autres EHPAD. La Mission constate que le format des données ne facilite pas leur lecture et ne permet pas d'évaluer les variations de poids.	

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R						
4.2.1.2	Un planning daté de février ainsi qu'un tableau des personnels médicaux et paramédicaux ont été fournis par l'établissement et montre que la présence du kinésithérapeute n'est pas suffisante au cours de la semaine, celle-ci n'est que de deux demi-journées. Deux kinésithérapeutes d'un cabinet en ville viennent à l'EHPAD Simone Weill les mardis et jeudis après-midi pour l'un et tous les lundis et mercredis matin pour l'autre. <table border="1"> <tr> <td>Paramédical libéral</td><td>Jours de présence</td><td>Commentaire</td></tr> <tr> <td>Kinésithérapeutes libéraux</td><td>Jours de présence : 2 demi-journées (matin) et 2 demi-journées (après-midis)</td><td>Nombre de résidents suivis : 31</td></tr> </table> Une psychologue des résidents qui travaille à mi-temps tous les mardis et vendredis. Une coiffeuse présente tous les jeudis journée complète et les vendredis en matinée.	Paramédical libéral	Jours de présence	Commentaire	Kinésithérapeutes libéraux	Jours de présence : 2 demi-journées (matin) et 2 demi-journées (après-midis)	Nombre de résidents suivis : 31	Remarque 26 : Le temps de présence hebdomadaire des kinésithérapeutes est insuffisant.
Paramédical libéral	Jours de présence	Commentaire						
Kinésithérapeutes libéraux	Jours de présence : 2 demi-journées (matin) et 2 demi-journées (après-midis)	Nombre de résidents suivis : 31						

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

Écart 1 :	Le règlement de fonctionnement ne comporte pas de signature conformément aux dispositions de l'article L311-7 CASF.	12
Écart 2 :	Le projet d'établissement ne comporte pas de signature et n'a pas reçu la validation du CVS conformément à l'article L311-8 du CASF.	12
Écart 3 :	Les annexes du plan bleu n'ont pas été transmises et une procédure de RETEX n'est pas mentionnée dans ce dernier, ce qui contrevient aux prescriptions de l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	13
Écart 4 :	L'établissement n'a pas transmis l'inscription ordinaire de l'IDEC.	15
Écart 5 :	La composition du CVS n'est pas conforme à la réglementation, ce qui contrevient à l'article D311-5 du CASF.	16
Écart 6 :	Le règlement intérieur du CVS n'a pas été présenté dès sa première réunion, ce qui contrevient à l'article D311-19 du CASF.	16
Écart 7 :	En 2023, le CVS ne s'est pas réuni trois fois par an, comme le prévoit l'article D311-16 du CASF.	16
Écart 8 :	Tous les relevés de conclusion ne sont pas systématiquement signés par le président du CVS et ne font pas mention du secrétaire de séance, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D311-20 du CASF.	16
Écart 9 :	Le CVS n'est pas systématiquement informé des EI et des dysfonctionnements de l'établissement (Article R331-10 du CASF).	17
Écart 10 :	La dernière évaluation externe date de 2014, ce qui contrevient à l'article D.312-204 du CASF.	19
Écart 11 :	L'évaluation externe n'a pas été transmise aux autorités de contrôle ce qui contrevient à l'article L312-8 du CASF.	19
Écart 12 :	En ne déclarant pas aux autorités administratives compétentes la totalité des EI/EIG, l'établissement contrevient à l'article L. 331-8-1 du CASF.	21
Écart 13 :	La procédure de signalement des événements indésirables et des événements indésirables ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République en référence à l'article 434-3 du code pénal	21
Écart 14 :	La Mission constate que l'effectif cible des IDE et des ASO/AS n'est pas atteint, ce qui ne garantit pas la sécurité des personnes accueillies et contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.	34
Écart 15 :	L'absence de différenciation des tâches d'aide-soignante et des ASO entraîne un glissement de tâches entre ces deux professions, ce qui contrevient L311-3, 1° du CASF.	36
Écart 16 :	La commission de coordination gériatrique ne s'est pas réunie en 2023 et aucun élément ne permet de connaître la tenue de cette dernière en 2024, ce qui contrevient à l'article 1 de l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles.	42
Écart 17 :	La Mission d'inspection constate que la moitié des résidents a un IMC en dessous des normes. Un critère de dénutrition est présent chez 49% des résidents, ce qui contrevient aux articles L311-3 3° CASF et D312-155-0 2° CASF (actions de prévention).	47

Remarques

Remarque 1 :	Il n'est pas précisé dans le planning d'astreinte administrative s'il est mis en place une astreinte technique.	14
Remarque 2 :	Les CR du CVS sont incomplets et ne contiennent pas de distinction entre les membres titulaires, les suppléants et les membres invités. Les points à l'ordre du jour et ceux faisant l'objet d'une consultation pour avis et ceux pour information, avec les votes correspondants.	17
Remarque 3 :	Le règlement intérieur du CVS ne précise pas l'obligation de présentation des dysfonctionnements et des événements indésirables.	17
Remarque 4 :	La mise à jour régulière du PACQ n'est pas assurée.	18
Remarque 5 :	La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil	19
Remarque 6 :	Le règlement de fonctionnement ne mentionne pas l'obligation d'informer la direction de toute situation réelle ou supposée de maltraitance de la part des résidents comme des salariés	19
Remarque 7 :	Les salariés ne bénéficient pas de groupe d'analyse des pratiques professionnelles.	19
Remarque 8 :	Peu d'agents ont bénéficié de formation sur la bientraitance.	20
Remarque 9 :	Il n'existe pas de procédure spécifique aux situations de violences, harcèlements sexuels ou d'agressions.	21
Remarque 10 :	Les plaintes et réclamations ne font pas l'objet d'un bilan dans les CR des CVS et dans le rapport d'activité.	22
Remarque 11 :	Il n'existe pas de formations relatives à l'identification des EI.	23
Remarque 12 :	Le PACQ transmis ne prend pas en compte les mesures préventives suite à l'analyse de EI/EIG.	24
Remarque 13 :	Tous les RETEX n'ont pas fait l'objet d'une transmission aux autorités de contrôle.	24
Remarque 14 :	Le tableau des effectifs n'est pas à jour, les informations ne concordent pas avec la liste du personnel et l'organigramme.	24
Remarque 15 :	Le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social n'a pas été renseigné par l'établissement.	30
Remarque 16 :	Le plan de développement des compétences ne contient pas de formation sur le repérage de la maltraitance.	31
Remarque 17 :	Le plan de développement de compétence comporte peu de formations diplômantes.	31
Remarque 18 :	Il n'existe pas de protocole d'accueil des nouveaux professionnels, notamment au sein de l'équipe soignante.	33
Remarque 19 :	La fiche de tâches heurées de l'infirmière de nuit n'a pas été transmise.	36
Remarque 20 :	Une évaluation des chutes, escarres, déglutition, douleur n'est pas clairement spécifiée dans la procédure d'admission.	41
Remarque 21 :	Les contentions ne sont pas comptabilisées dans le RAMA.	44
Remarque 22 :	Les prescriptions des situations urgentes ne sont pas transcrites immédiatement ce qui constitue un risque de perte d'informations	45

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD « Sara Weill-Raynal », géré par le CASVP, a été réalisé le 19 juillet 2024 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La Mission de contrôle a constaté qu'un certain nombre de points répondaient aux attentes tant matière du respect de la réglementation que de mise en œuvre de bonnes pratiques professionnelles.

Ainsi, l'établissement dispose d'un excellent taux d'occupation, ce qui met en évidence une dynamique dans l'accueil de nouveaux résidents, alors même que la répartition de ces résidents selon leur GIR montre une forte présence des GIR 1 à 3, plus de 76 %, ce qui dénote un taux élevé de dépendance et induit une prise en charge plus contraignante nécessitant davantage de soins.

En matière de gouvernance, la présence d'un trio de tête composé d'une directrice, du médecin coordonnateur et de la cadre infirmière permet d'assurer un suivi régulier et en encadrement permanent. A noter toutefois que le trio de tête est complété d'un directeur adjoint aux ressources (poste actuellement vacant) et d'une directrice adjointe sur les soins. En effet, la direction est commune avec un autre établissement du CASVP, l'EHPAD Hérold. Chacun intervient à mi-temps dans l'établissement. Cela transparait également dans les outils développés par l'établissement, tels que le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement où sont précisées les valeurs portées par le gestionnaire.

Cela se traduit par un dialogue ouvert avec les résidents et leur famille, notamment par la tenue du Conseil de la Vie Sociale, bien que le nombre de réunions soit insuffisant au regard de la réglementation, mais également par le traitement des réclamations, et l'organisation d'enquêtes de satisfaction.

Une politique de la bientraitance a été initiée et un Copil, mis en place depuis le 17 juillet 2024, est chargé d'accompagner cette politique au sein de l'établissement. Cette politique est complétée par l'enregistrement et le suivi des Evénements Indésirables Graves. Il s'agit là d'une amorce de politique de la bientraitance qui n'est pas encore aboutie et dont tous les moyens n'ont pas encore été mis en œuvre.

Du côté de l'accueil des résidents, des outils ont été également développés, notamment la procédure d'admission, claire et structurée. Celle-ci trouve son complément dans le livret d'accueil qui présente l'établissement et l'ensemble des droits du résident, ainsi que dans la charte des droits et libertés de la personne accueillie. La mise en œuvre d'un projet d'accueil individualisé est assurée et dans l'ensemble renouvelé régulièrement. Ces différents éléments mettent l'accent sur l'importance de l'accompagnement de la personne accueillie, tant lors de son arrivée que tout au long de son séjour. Une équipe pluridisciplinaire relativement stable depuis la réouverture de l'établissement en 2021 est présente pour réaliser la prise en charge des résidents, elle est complétée par un médecin prescripteur en interne, mais également par des masseurs kinésithérapeutes et une psychologue, externes à l'établissement. Dans le cadre des soins, l'équipe soignante assure un suivi régulier de la douleur et dispose d'une procédure relative aux contentions et d'un protocole complet de prise en charge de la fin de vie.

Cependant, la Mission de contrôle a constaté des dysfonctionnements puisqu'elle relève 17 écarts et 23 remarques.

Si l'établissement peut rapidement répondre aux défauts de quelques règles de formalisme, comme l'absence de signature du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement, ce dernier devant également être présenté au CVS, la mise à jour de l'organigramme, la réunion régulière du CVS et de la commission de coordination gériatrique ou la non inscription de l'infirmière cadre à l'Ordre Infirmier, d'autres points méritent une attention soutenue.

Ainsi, le respect des règles de fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale doit garantir que l'instance fonctionne de façon valable et permet de recueillir les avis des résidents et de leur famille. Pour cela, l'absence de convocation des membres, l'absence d'information relative à la représentation des personnes

présentes par collège en distinguant les membres de droits, titulaires et suppléants, et les membres invités, le manque de précisions dans l'ordre du jour, l'absence de vote ou de désignation d'un secrétaire de séance ne permettent pas de s'en assurer. La non-conformité de sa composition, la non présentation du règlement intérieur dès sa première réunion suivant les élections, l'absence de direction des débats par le président et l'incomplétude des comptes rendus qui ne transcrivent pas une perception fidèle des échanges interrogent sur son fonctionnement et son rôle de véritable instance de concertation. Enfin, le CVS n'est pas systématiquement tenu informé des EIG et dysfonctionnements, ni des mesures correctives engagées et son règlement intérieur ne mentionne pas l'obligation de leur présentation dans cette instance.

C'est pourquoi, la direction doit porter une attention toute particulière au traitement des dysfonctionnements et événements indésirables en les déclarant systématiquement aux autorités de tutelle, en veillant au respect de la réglementation en la matière, particulièrement dans le classement entre EI et EIG, en formant le personnel et en formalisant un Retex lorsque cela est nécessaire et en effectuant annuellement un bilan des EIG et réclamations. L'absence de mention de 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 dans la procédure de gestion des EI/EIG révèle une mauvaise compréhension dans la finalité de ces déclarations et la nécessité pour la direction d'engager une réflexion sur ce sujet.

La direction doit garantir le respect des droits et libertés de la personne accueillie en répondant à une exigence de qualité par une mise à jour régulière du Plan d'Amélioration Continue de la Qualité, par son suivi et par l'intégration des mesures préventives à la suite de l'analyse des EIG. La protection des résidents s'inscrit également dans la mise en œuvre d'une procédure spécifique aux situations de violence ou de harcèlements sexuels et dans l'intégration claire dans la procédure d'admission de l'évaluation des chutes, des escarres, de la déglutition et de la douleur.

Dans le domaine du soin, la direction doit veiller à mettre en évidence l'ensemble des évaluations pratiquées en équipe pluridisciplinaire à l'entrée dans l'établissement, ceci afin de s'assurer que le projet d'accompagnement individualisé s'accorde à l'ensemble des besoins de la personne accueillie. Son réexamen systématique une fois par an répond à cette exigence de qualité dans la prise en charge ; de même que le suivi, la réévaluation, le bilan et l'analyse des contentions, une évaluation systématique de la douleur de l'ensemble des résidents y compris son renouvellement en l'absence de douleur constatée.

Dans la continuité des soins, l'équipe soignante devra porter une attention renouvelée pour assurer la traçabilité de l'administration des médicaments, notamment par la transcription immédiate des prescriptions en situation d'urgence. La cohésion de l'équipe soignante et son efficacité ne peuvent faire l'économie de la réalisation d'un protocole d'accueil des nouveaux professionnels, la formalisation de fiches de tâches heureées pour toute catégorie professionnelle en fonction des compétences de chacune et son soutien par la mise en place d'un groupe d'analyse de pratiques. L'identification des compétences de chaque catégorie professionnelle et de leurs missions en regard doit permettre de faire cesser tout glissement de tâches des aides-soignants vers les assistants de soins au chevet. De même, la direction veillera à atteindre les objectifs cible en matière de recrutement d'infirmiers et d'aides-soignants, mais aussi en augmentant le temps de présence en masse-kinésithérapie. Cette exigence en matière de personnel répond également à des enjeux de sécurité dans la prise en charge, c'est pourquoi la direction doit promouvoir la formation, notamment celles permettant la promotion professionnelle et veiller à mettre en place un tableau de suivi des effectifs précis et régulier, et d'identifier clairement les postes vacants.

Dans le but de garantir la sécurité et la qualité des soins, la direction doit s'efforcer de mettre en œuvre dans les meilleurs délais une véritable politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance. En effet, le règlement de fonctionnement ne précise pas l'obligation d'informer la direction de toute situation réelle ou supposée de maltraitance, le livret d'accueil ne mentionne pas cette politique, le plan de développement des compétences ne contient pas de formation sur le repérage de la maltraitance et trop peu de personnel est formé, voire régulièrement, à la bientraitance. Ces indicateurs mettent en évidence une prise en compte partielle, voire une non prise en compte, de cette politique au sein de l'établissement. La Mission s'interroge sur les effets possibles d'un partage de direction entre deux établissements dans l'absence de dynamisme sur ce sujet.

La Mission de contrôle relève que l'établissement affiche un taux de dénutrition des résidents de près de 50 %. Ce taux est relativement élevé et n'est pas un bon indicateur de prise en charge de cette question dont elle est un facteur aggravant de la dépendance. De plus, la moitié de cette dénutrition concerne des résidents victimes d'une dénutrition sévère. Ces taux sont de nature à réinterroger les mesures mises en œuvre sur le plan de la lutte contre la dénutrition, d'autant que les données fournies ne permettent pas une lecture aisée et une évaluation pertinente de la variation des poids. C'est pourquoi la Mission attend une réaction rapide et immédiate de la direction afin de tout mettre en œuvre pour installer une réelle politique de lutte contre de la dénutrition au sein de l'établissement.

Ces constats nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent rapidement des actions de correction en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge et de sécuriser les soins.

Saint Denis, le 03/10/2025

Responsable de la mission inspection des ESMS
Sous-direction de l'Autonomie,
Direction des Solidarités, Ville de Paris



Frédéric MUSSO

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



Dalhia ELENGA

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
CMP : Centre Médico-Psychologique
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 : Evénement indésirable/événement 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
PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé
PVP : Projet de vie personnalisé
PACQ : Plan d'amélioration continue 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
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UHR : Unité d'hébergement renforcée
UVP : Unité de vie protégée

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle

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

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

Affaire suivie par : Dalia ELENGA

Madame Dalia ELENGA, coordinatrice de la mission de contrôle, inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation départementale de Paris, ARS Île-de-France

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

Docteur Anne SIMONDON, conseillère médicale, Délégation départementale de Paris, ARS Île-de-France

Saint-Denis, le 19 juillet 2024

Mesdames, Monsieur,

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

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

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur pièces de l'EHPAD Résidence Sara Weill-Reynal (FINESS géographique 750721573) situé au 180 rue Pailleport, 75020 Paris, géré par la Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, qui sera mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

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

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 62 80 00
indiv@ars.ars.santé.fr

84900 Quai de la République
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

- Monsieur Frédéric MUSSO, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désigné sur le fondement de l'article L 133-2 du CASF par la Ville de Paris ;

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

- Madame Delhia ELENGA, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris ;
- Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L 1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;

Le contrôle, sur pièces, sera réalisé à compter du 19 juillet 2024. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. La mission pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

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

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

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

La Directrice adjointe de la Délégation départementale



Pour la Maire de Paris et par délégation,
La Directrice des solidarités



Q1	1	Liste nominative des résidents admis à la date du contrôle avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance, leur date d'entrée, la date du dernier PAI, le bénéfice éventuel de l'aide sociale, le type de la protection juridique éventuelle (Excel)
Q1	2	Grilles de suivi du nombre de journées réalisées pour chaque activité (dont PASA et UHR le cas échéant) pour l'année N-1 et le jour du contrôle
Q1	3	Projet spécifique du PASA
Q1	4	Dernier programme d'activités du PASA
Q2	5	Règlement de fonctionnement
Q2	6	Plan des locaux de l'établissement
Q2	7	Projet d'établissement
Q2	8	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)
Q2	9	Organigramme comportant les noms et temps de travail des personnels (Excel si possible)
Q2	10	Diplôme du directeur de l'EHPAD
Q2	11	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD
Q2	12	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD
Q2	13	Procédures et/ou convention d'astreinte
Q2	14	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois + légende (Excel)
Q2	15	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD
Q2	16	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
Q2	17	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, le dernier bulletin de salaire
Q3	18	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS
Q3	19	Les comptes rendus des CVS N et N-1
Q4	20	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation (PACQ)
Q4	21	Dernière évaluation externe
Q4	22	Dernière évaluation interne
Q4	23	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2
Q4	24	La procédure portant sur les situations de violences ou de harcèlements sexuels dans l'établissement
Q4	25	La procédure portant sur les signalements en cas d'agression et de maltraitance dans l'établissement
Q5	26	Registre des plaintes et réclamations
Q5	27	Les trois dernières réclamations et leur traitement
Q5	28	Procédure de gestion des événements indésirables et événements indésirables graves
Q5	29	Liste des EI et EIG des années N-1 et N
Q5	30	Liste des signalements au Procureur de la République des années N-1 et N
Q5	31	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les trois derniers EIG
Q6	32	Registre du personnel N-1 & N-2 comportant les indications sur les ETP (Excel)
Q6	33	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir + ETP (Excel)
Q6	34	Tableau avec les noms et la date d'obtention des diplômes des IDE et AS de l'établissement (Excel)
Q6	35	Plan de développement des compétences (formation internes et externes) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1 (Excel si possible)
Q6	36	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)
Q6	37	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit + Légende (Excel)
Q6	38	Une fiche de tâches heurées, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AES (ou AMP), ASG, IDE
Q6	39	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie
Q7	40	Procédure d'admission des résidents

Q7	41	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)
Q7	42	Les 2 derniers CR de la commission de coordination gériatrique
Q7	43	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux
Q7	44	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (Excel disponible sur Collecte Pro)
Q7	45	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)
Q8	46	Livret d'accueil du résident
Q8	47	Contrat de séjour type et ses annexes
Q8	48	Procédure relative aux contentions
Q8	49	RAMA
Q9	50	Convention pharmacie EHPAD (sauf PUI) et procédure du circuit du médicament
Q9	51	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS
Q9	52	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur
Q9	53	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie
Q9	54	La liste des intervenants paramédicaux libéraux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) avec leur identité, leur qualification, leur planning et le nombre de résidents pris en charge
Q10	55	Le fichier Excel contenant les éléments sur l'évaluation dont a bénéficié chaque résident présent dans la structure à la date du contrôle, le relevé annuel exhaustif des pesées et des IMC pour chaque résident présent dans la structure à la date du contrôle (Données médicales nominatives à transmettre par la plateforme BlueFiles).

