



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)**

Les Airelles

8 - 10 rue des Panoyaux 75020 Paris

FINESS_GEO : 750814949

RAPPORT DE CONTRÔLE

N° « 2024_IDF_00017 »

Contrôle sur pièces du 06/12/2024

Mission conduite par :

-Florence PEKAR, coordinatrice de la mission de contrôle, chargée du contrôle des ESMS parisiens, Directions des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris

-Madame Dalhia ELENGA, inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

-Madame Béatrice LEGAT, chargée de mission, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

Note d'information

Madame Florence Pekar ayant quitté la mission, conformément au courrier d'information annexé au présent rapport, elle a été remplacée par Monsieur Frédéric MUSSO, signataire du présent rapport.

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	6
Contexte de la mission du contrôle	6
Modalités de mise en œuvre	6
Présentation de l'établissement	7
Constats	9
Gouvernance	10
Conformité aux conditions de l'autorisation	10
Management et Stratégie	11
Animation et fonctionnement des instances	15
Gestion de la qualité	17
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	22
Fonctions support	25
Gestion des ressources humaines	25
Prises en charge	39
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	39
Respect des droits des personnes	41
Soins	42
Relations avec l'extérieur	46
Coordination avec les autres secteurs	46
Récapitulatif des écarts et des remarques	47
Conclusion	50
Glossaire	51
Annexes	52
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	52
Annexe 2 : Lettre de mission modificative	54
Annexe 3 : Liste des documents demandés	55

Synthèse

Données générales sur l'établissement

Nom	Les Airelles	Capacité hébergement permanent	87
Adresse	8-10, rue des Panoyaux	Places habilitées aide sociale	87
Arrondissement	Paris 20	Présence d'une UVP	Non
Gestionnaire	OME'AGE GESTION	Places en UHR	Non
Statut juridique	Privé à but non lucratif	Places en PASA	Non

L'établissement a signé un CPOM en février 2020 pour la période 2020-2024. Ce CPOM a été prolongé d'un an à compter du 1^{er} janvier 2025.

Éléments déclencheurs de la mission

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Le contrôle a été annoncé le 6 décembre 2024 et a été réalisé à compter du 13 décembre 2024 (date de réception des documents) par l'ARS et la Ville de Paris.

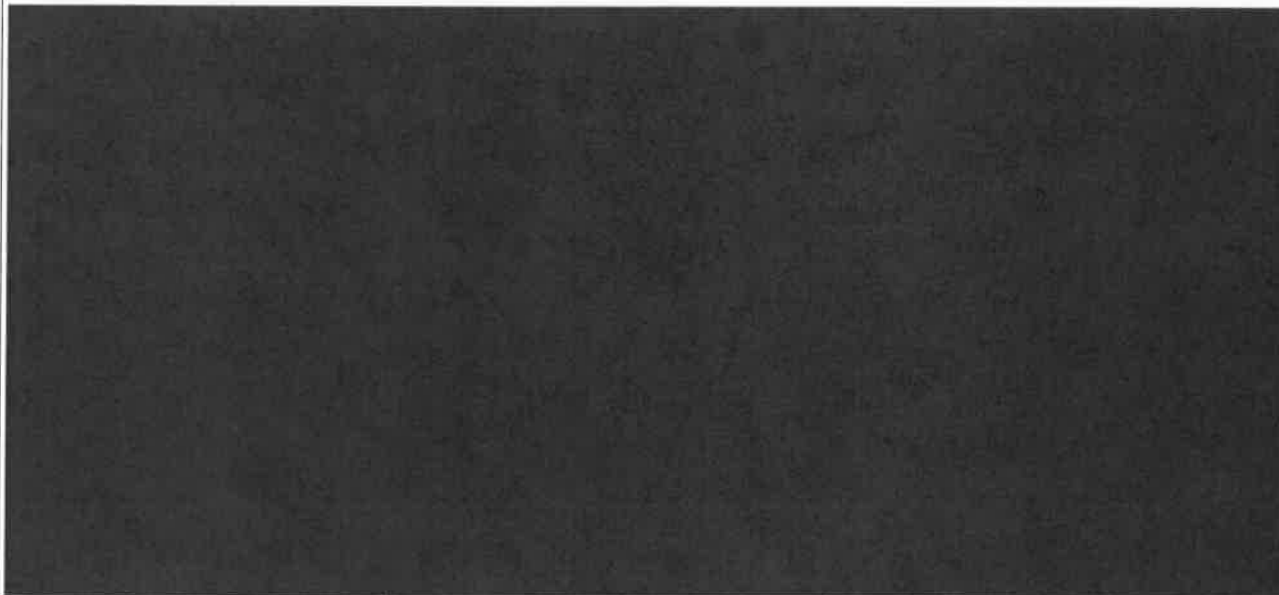
L'analyse a porté sur les constats faits uniquement sur pièces. La quasi-totalité des documents demandés a été transmise par la Direction de l'établissement et dans les délais impartis.

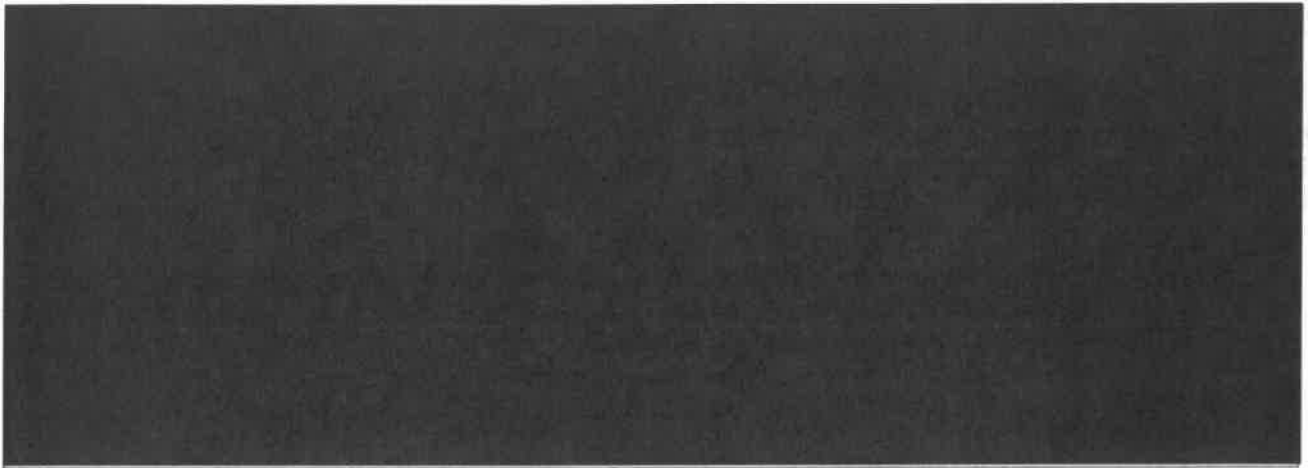
Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et les principaux points positifs et les remarques ont porté sur les thématiques suivantes :

Points positifs de l'établissement relevés par la mission



Principaux écarts et remarques constatés par la mission





Le présent rapport est le fruit d'un travail d'inspection réalisé par l'Agence régionale de santé Ile-de-France – Ville de Paris, en application de la loi n° 2011-105 du 12 février 2011 relative à l'égalité territoriale et de la loi n° 2012-401 du 11 mars 2012 relative à la sécurisation de l'emploi.

Il a pour objet de rendre compte de la situation de l'établissement et de proposer des recommandations visant à améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Le présent rapport est structuré en quatre parties : une introduction, un état des lieux, une analyse des risques et des recommandations. L'état des lieux présente la situation de l'établissement en matière de qualité des soins et de sécurité des patients. L'analyse des risques identifie les principaux risques encourus par l'établissement. Les recommandations proposent des actions visant à améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Le présent rapport est destiné à l'ensemble du personnel de l'établissement et sera communiqué à l'ensemble des parties prenantes.

Le présent rapport est le fruit d'un travail d'inspection réalisé par l'Agence régionale de santé Ile-de-France – Ville de Paris, en application de la loi n° 2011-105 du 12 février 2011 relative à l'égalité territoriale et de la loi n° 2012-401 du 11 mars 2012 relative à la sécurisation de l'emploi.

Il a pour objet de rendre compte de la situation de l'établissement et de proposer des recommandations visant à améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Le présent rapport est structuré en quatre parties : une introduction, un état des lieux, une analyse des risques et des recommandations.

L'état des lieux présente la situation de l'établissement en matière de qualité des soins et de sécurité des patients.

L'analyse des risques identifie les principaux risques encourus par l'établissement.

Les recommandations proposent des actions visant à améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Introduction

Contexte de la mission du contrôle

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

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

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

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

UUGOUVERNANCE

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 à compter du 13 décembre 2024, avec annonce préalable à l'établissement le 6 décembre 2024.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 6 décembre 2024. Un e-mail a été transmis à la direction le 6 décembre 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 (13 décembre 2024).
- Les modalités opérationnelles :
 - o de connexion de l'inspecté à l'outil sécurisé [REDACTED] qui a été utilisé pour la transmission des documents
 - o de connexion de l'inspecté à l'outil sécurisé [REDACTED] qui a été utilisé pour la transmission des documents à caractère médicaux nominatifs,
 - o et tutoriel de dépôt de documents sur « collecte-pro » ainsi que 2 annexes explicatives,
 - o Règlement général sur la protection des données (RGPD).

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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 8 - 10 rue des Panoyaux 75020 Paris, l'EHPAD Les Airelles est géré par Omeg'age Gestion. Cette association gère les structures médico-sociales personnes âgées du groupe UNIVI.

Ouvert le 1^{er} juin 1988, l'EHPAD Les Airelles dispose de 87 places en hébergement permanent et aucune place en accueil temporaire.

Toutes les places sont habilitées à l'aide sociale.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS du 22/02/2019, le GMP s'élève [REDACTED] et le PMP à [REDACTED]. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles au-dessus des chiffres médians régionaux¹ susmentionnés.

Les [REDACTED] résidents accueillis étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD 2021	[REDACTED]				
IDF ² 2021	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Le budget de fonctionnement est de

- dotation soins 2024 : 2 147 237 €

- budget hébergement alloué 2024 : 2 736 999,30 € (Source : EPRD 2024)

Le CPOM a été signé pour l'ensemble des établissements de l'association le 12 février 2020 et prolongé d'un an à compter du 1^{er} janvier 2025.

Les objectifs principaux sont les suivants :

- Renforcer la coordination des soins et réduire les hospitalisations évitables ;
- Fidéliser les personnels et stabiliser les équipes soignantes ;
- Améliorer la prise en charge des troubles psycho- comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer ; l'hygiène bucco-dentaires des résidents ;
- Maintenir ou tendre un taux d'occupation élevé dans les EHPAD ;
- Maintenir et renforcer l'individualisation de la prise en charge ;
- Développement durable de Paris et responsabilité sociétale des établissements (RSE).

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

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

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Les Airelles		
Nom de l'organisme gestionnaire	OME'AGE GESTION		
Numéro FINESS géographique	750 814 949		
Numéro FINESS juridique	920 039 914		
Statut juridique	Privé à but non lucratif		
Option tarifaire	Tarif partiel		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ³	87	
	HT ⁴	0	
	UVP ⁵	0	
	PASA ⁶		
	UHR ⁷		
	UPHV ⁸		
	AJ ⁹		
	AN ¹⁰		
	PFR ¹¹		
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	87		

³ Hébergement permanent⁴ Hébergement temporaire⁵ Unité de vie protégé / unité protégé⁶ Pôle d'activité et de soins adaptés⁷ Unité d'hébergement renforcée⁸ Unité pour personnes âgées vieillissantes⁹ Accueil de jour¹⁰ Accueil de nuit¹¹ Plateformes d'accompagnement et de répit

Constats

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

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

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R																		
1.1.1.2	<u>Le statut juridique de la structure</u> L'arrêté du 28 février 2017 autorise la cession de l'autorisation de la gestion de l'EHPAD de l'association Croix Rouge Française à OME'AGE GESTION et spécifie une capacité totale de 87 places d'hébergement permanent. Le jour du contrôle, l'établissement accueille ● résidents soit un taux d'occupation de ● %.	<u>Écart 1</u> : Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95% (Article l'article R314-160 du CASF et Arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R.314-160 du CASF).																		
1.1.2.2 1.1.3.1	<u>Répartition des résidents en fonction du GIR</u> La répartition des GIR 1 à 6 des ● résidents présents le jour du contrôle est la suivante : <table><tr><th>GIR</th><th>Nombre de résidents</th><th>%</th></tr><tr><td>GIR 1</td><td>●</td><td>●</td></tr><tr><td>GIR 2</td><td>●</td><td>●</td></tr><tr><td>GIR 3</td><td>●</td><td>●</td></tr><tr><td>GIR 4</td><td>●</td><td>●</td></tr><tr><td>GIR 5 et 6</td><td>●</td><td>●</td></tr></table> La répartition des GIR est conforme à la réglementation en vigueur.	GIR	Nombre de résidents	%	GIR 1	●	●	GIR 2	●	●	GIR 3	●	●	GIR 4	●	●	GIR 5 et 6	●	●	
GIR	Nombre de résidents	%																		
GIR 1	●	●																		
GIR 2	●	●																		
GIR 3	●	●																		
GIR 4	●	●																		
GIR 5 et 6	●	●																		

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le règlement de fonctionnement et son contenu Le règlement de fonctionnement a été mis à jour le 20 juillet 2024. Il est remis aux personnes accueillies ou à leur représentant légal, avec le livret d'accueil et le contrat de séjour. Il détaille les points suivants : 1. Garantie des droits des résidents : • les droits et libertés des résidents (charte des droits et libertés des personnes âgées, CVS commission de restauration, pratiques religieuses.), • les relations avec la famille et les proches, • la prévention de la violence et maltraitance, • le droit à l'image, • le dialogue et la médiation dans l'établissement et les personnes qualifiées. 2. Fonctionnement de l'établissement : • Admission, • Contrat de séjour, • Sécurité des biens et personnes, • Situations exceptionnelles (canicule, incendie, vigilance sanitaire). 3. Règles de vie collectives : • Règles de conduite (respect d'autrui, sorties, visites, sécurité), • Organisation des locaux collectifs et privés, • Repas, • Prise en charge médicale, • Fin de vie, • Courrier, • Transports, • Animaux. Le règlement de fonctionnement aborde l'ensemble des thèmes prévus par la réglementation. Il est conforme à la réglementation.	

N°IGAS	Observations ou commentaires <u>Le projet d'établissement et son contenu</u>	Constat E/R
1.2.1.4 1.2.1.5	Le projet d'établissement recouvre la période 2019-2024. Il a été élaboré avec le personnel de l'EHPAD, les résidents et leur entourage. 6 groupes de travail ont été constitués. Il est précisé qu'il a été mis à jour en lien avec le projet associatif UNIVI en juin 2024 et qu'il a été présentés aux CVS des 6 mars 2019 et 19 juin 2019. Il présente l'historique de l'établissement, les valeurs l'organisation des services au sein de l'EHPAD, le projet d'animation, le projet de vie, l'ouverture de l'établissement sur son environnement, le projet de soins, le projet qualité. L'ensemble des thèmes réglementaires sont traités. Le management est abordé : l'objectif principal est de continuer à créer un management participatif et d'améliorer l'organisation du travail en redéfinissant les fonctions de chacun et les prises de décisions. La promotion de la bientraitance est détaillée et le règlement de de fonctionnement (RF) indique que la stratégie bientraitance est révisée tous les ans. La cadre de soins, en lien avec la psychologue, assure des formations sur la bientraitance auprès de tous les personnels de l'EHPAD. Le médecin coordinateur est au centre du projet de soin. Il gère et manage l'équipe de soin, garantit la qualité des soins constitue le projet médical, mais le projet d'établissement n'aborde pas les projets individuels de vie (PVI) des résidents et leur personnalisation. Concernant la prise en charge médicamenteuse, il est précisé que les médicaments sont distribués par les infirmiers et les aides-soignants référents (procédure de délégation du médicaments). La synthèse des objectifs de l'établissement est jointe au projet d'établissement, avec des dates d'objectifs allant de 2020 à 2024. La Mission relève que la totalité des objectifs sont notés « ok ».	Remarque 1 : Le projet d'établissement n'aborde pas l'élaboration des projets individuels de vie (PVI) des résidents et leur personnalisation.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<u>Le plan Bleu</u>	
1.2.1.6	Un plan bleu, daté du 14 juin 2022 a été transmis par l'établissement, ainsi que les fiches réflexes UNIVI jointes en annexe, par catégorie de personnel : personnel médical : (médecin coordonnateur, cadre de santé), responsable logistique ; responsable administratif, directeur ou son représentant, secrétariat de cellule de crise. Les fiches réflexes comportent des consignes particulières en cas de canicule et de pandémie grippale ou maladie contagieuses, mais n'évoque pas les autres types de risque. Le plan bleu définit : • Le rôle et les responsabilités des référents, • Les procédures qui prévalent en cas de crise, • Le protocole de mobilisation des personnels, • Le niveau des équipements et des stocks nécessaires pour faire face à une crise de longue durée. Il comporte : • La composition de la cellule de crise, • Le rôle de chaque référent, détaillé dans les fiches annexes, • La trame des actions en cas de déclenchement du plan, • Les principaux risques majeurs identifiés, • Les moyens et les personnels, • Le plan de continuité de l'activité (PCA). • Le plan de l'établissement ? Une convention est conclue avec l'hôpital Tenon pour les urgences, et l'hôpital Rotchild (EMG) : Le plan bleu transmis ne comporte pas de procédure de rappel du personnel, de gestion des décès massifs, de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement ainsi que la procédure de mise en place d'un retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu.	Écart 2 : Le plan bleu de l'établissement ne comporte pas de procédures en matière de gestion des décès massifs, de préparation et de gestion d'une évacuation, ainsi que la procédure de mise en place d'un retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu. (Articles L.311-3, D312-155-4-1 et D312-160 du CASF et arrêté du 7 juillet 2005 modifié.
1.2.2.1	<u>La direction, l'organigramme</u> Un organigramme en date du 21/10/2024 a été transmis. Les noms et ETP y figurent ainsi que ceux des services sous-traités : bio-nettoyage et restauration. Les liens hiérarchiques sont bien établis. La directrice travaille à 100% de son temps.	
1.2.2.6	<u>Les fonctions du directeur</u>	

N°IGAS Observations ou commentaires		Constat E/R
	L'établissement a transmis un descriptif de l'emploi de directeur. Celui-ci est chargé de la : • Mise en œuvre du projet d'établissement, • Gestion des RH, • Gestion administrative, budgétaire et financière, • Représentation et les promotions.	
	<u>Les diplômes du directeur</u> La directrice est titulaire d'un diplôme [REDACTED] conforme à la réglementation.	
	<u>Les astreintes administratives et techniques</u> Une fiche de procédure d'organisation de la permanence des responsables et d'astreinte a été transmise, mise à jour en décembre 2024. La fiche annonce le descriptif des modalités de présence des responsables les samedis, dimanches et jours fériés, mais ces éléments n'y figurent pas. Un tableau de permanence hebdomadaire des directeurs du groupe est joint. Le terme « planning d'astreinte » des directeurs est également utilisé. A la lecture du tableau, la mission comprend qu'il s'agit des astreintes des directeurs. Les directeurs de l'ensemble des établissements parisiens et de banlieue parisienne effectuent les astreintes. L'année d'application n'est pas indiquée.	Remarque 2 : La fiche de procédure d'organisation de la permanence des responsables et d'astreinte est incomplète.
	<u>Les subdélégations du directeur</u> Un acte de délégation de pouvoirs et responsabilité entre la directrice régionale Nord et Ile de France de l'association et la directrice de l'établissement a été transmis. Il a été signé le 25 mai 2023. Ce document décrit les différents domaines de compétence de la directrice : • Management et sources humaines, notamment le recrutement des CDD et CDI ayant fait l'objet d'un accord préalable du groupe Univi, • Délégation de compétences administratives et financières : achats courants, • Délégation de compétences commerciales et adaptation des sites aux besoins, notamment occupation optimale de l'établissement, • Délégation de compétences dans le domaine social et relationnel, • Délégation de compétences pour assurer la sécurité des personnes et des biens.	
1.2.2.10		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'infirmière cadre	
1.2.2.12	Une IDEC est en poste à 100% en CDI [REDACTED] La demande d'inscription à l'ordre des infirmiers a été demandée, mais l'établissement ne l'a pas transmise.	Écart 3 : L'établissement n'a pas transmis l'attestation d'inscription à l'ordre Infirmier de l'IDEC (Article R4112-1 du CSP).
	Le médecin coordonnateur	
1.2.2.14	Le contrat du médecin coordonnateur de l'établissement indique une présence mensuelle [REDACTED] ce qui est conforme à aux dispositions de l'article D312-156 du CASF. Il est titulaire d'un diplôme interuniversitaire de formation à la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD [REDACTED] L'attestation d'inscription au tableau de l'ordre des médecins a été transmise. La fiche générique UNIV du descriptif de l'emploi de médecin coordonnateur a été transmise, et est signée par le médecin coordonnateur des Airelles. Le descriptif des missions est conforme à la réglementation.	

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Conseil de la Vie Sociale	
1.3.3.1	Le règlement de fonctionnement du CVS fourni par l'établissement fixe la composition du CVS en son article 1 de la façon suivante : - Collège des résidents : 3 titulaires et 4 suppléants, - Collège des salariés : 1 titulaire et 1 suppléant, - Collège des familles : 3 titulaires et 2 suppléants, Il est mentionné que les membres suppléants peuvent siéger sans voix délibérative, le compte-rendu du 3 juin 2024 précise qu'ils ne siègent pas lorsque le titulaire est présent, ce qui est contradictoire. L'article D.311-14 prévoit de désigner le même nombre de titulaires et de suppléants, ce qui	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	n'est pas le cas pour deux collèges. Selon cette répartition, le nombre des représentants des personnes accueillies et de leurs familles est bien supérieur à la totalité des membres. L'article 3 précise que les membres sont élus pour trois ans. Le règlement intérieur a bien été pris et voté lors de la séance qui suit les élections. Il n'est pas désigné explicitement d'autres membres, contrairement à ce que prévoit l'article D.311-5 du CASF. La composition du CVS n'est pas conforme à la réglementation. Le compte-rendu du 28 février 2024 qui présente les élections à venir ne reprend pas la composition des membres telle que définie dans le règlement intérieur. Les comptes-rendus ne précisent pas si les points à l'ordre du jour sont soumis pour avis ou pour information, ne mentionnent pas systématiquement la qualité des présents, titulaires ou suppléants, et ne reprend pas les votes des participants avec voix délibérative, ce qui ne permet pas de s'assurer que les avis sont valablement émis et contrevient à l'article D.311-17 du CASF. Les comptes-rendus font apparaître la présence de membres de la direction sans précision s'ils siègent avec voix délibérative ou avec voix consultative ce qui ne permet pas de s'assurer que l'organisation du CVS n'enfreint pas l'article D.311-9 du CASF. Les comptes-rendus ne précisent pas qui et comment est désigné secrétaire de séance, ce qui contrevient à l'article D.311-20 du CASF. La désignation et le rôle du président et du vice-président sont précisés dans l'article 5 du règlement et sont conformes à la réglementation. Son élection s'est bien déroulée lors de la première séance qui a suivi les élections. Son rôle dans l'animation n'apparaît pas dans les comptes-rendus (Cf. article D.311-9 du CASF). Ceux-ci ne reflètent pas l'expression des différents membres. Les comptes-rendus sont bien approuvés à la séance suivante, ils sont signés de la présidente et de la directrice, non de la présidente seule, ce qui contrevient à l'article D.311-20 du CASF. En 2023 et 2024, 3 CVS par an se sont tenus dont les comptes-rendus ont été transmis. La Mission est également destinataire du rapport d'activité des séances CVS 2023. Elle constate que les sujets abordés sont exhaustifs. Le résultat des enquêtes de satisfaction a été présenté. <u>Thèmes abordés :</u> En 2024 : Réunion du 28/02/2024: approbation du compte rendu séance du 13/12/2024, arrivée d'une nouvelle société de restauration, travaux avec la HAS et préparation de l'évaluation de novembre 2024, point travaux, organisation élections CVS à venir (annonce d'un atelier sera organisé avec l'animatrice pour expliquer aux résidents le mode de fonctionnement et à quoi sert le CVS ; composition requise ; transmission aux familles et tuteurs d'une présentation du rôle du CVS date butoir pour présenter sa candidature, date élection, date 1^{er} CVS dans sa nouvelle composition).	Écart 4 : La composition du CVS n'est pas conforme à la réglementation et contrevient aux articles D.311-5 & D.311-14 du CASF.
		Écart 5 : La Mission ne peut s'assurer que les avis sont valablement émis (Cf. article D.311-17 du CASF).
		Écart 6 : La présence de membres de la direction sans précision des modalités d'expression contrevient à l'article D.311-9 du CASF.
		Écart 7 : Le secrétaire de séance n'est pas explicitement désigné et n'est pas mentionné dans le compte-rendu (Cf. article D.311-20 du CASF).
		Écart 8 : Le rôle d'animation du président et l'expression des différents membres n'apparaissent pas dans les comptes-rendus (Cf. article D.311-9 du CASF).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Réunion du 03/06/2024 : la présentation du CVS, la mise en place du règlement intérieur du CVS, élection du président, présentation de la démarche qualité et HAS, les travaux, question des familles, divers (prévention canicule et plan bleu, plan vigipirate et JO, augmentation des tarifs d'hébergement). Le plan bleu, la trame du rapport d'activité du CVS, et le règlement intérieur sont annexés au compte rendu de la séance. Réunion du 16/10/2024 : questions familles : point sur l'évolution des effectifs du personnel, sensibilisation lavage des mains, synthèse plan bleu et plan de continuité, synthèse projet d'établissement actualisé 20204, charte bientraitance UNIVI (affichée au RDCV) ; point évaluation HAS programmée les 19 et 20 novembre 2024, présentation enquête satisfaction résidents, divers (fête des résidents, de Noël, du jour de l'an), rappel de la gazette Famileo destinée aux familles. La mission note que le règlement intérieur précise dans son art 13 que la direction de l'établissement s'engage à prodiguer aux membres du CVS une formation sur le rôle et fonctionnement du CVS, et ce dès leur élection. Le règlement intérieur précise que les comptes-rendus sont tenus à disposition des résidents et familles Le rapport d'activité des CVS de 2023 indique qu'ils sont affichés à l'accueil du RDC. Compte tenu de l'exhaustivité des sujets abordés en CVS la Mission note une forte implication de la direction dans le fonctionnement du CVS.	Écart 9 : Les comptes-rendus sont signés de la directrice ce qui contrevient à l'article D.311-20 du CASF.
1.3.3.2	La présentation des EI/EIG au CVS Un EIG a été présenté au dernier CVS de 2023 avec les mesures correctrices. Les comptes-rendus EIG 2024 ne contiennent pas de bilan des EIG, alors que 2 ont été déclarés aux autorités de contrôle. (Cf. 1.5.1.5).	Écart 10 : Les EIG et actions correctrices s'y rapportant ne sont pas présentés systématiquement au CVS, ce qui contrevient à l'article R331-10 du CFAS.

Gestion de la qualité

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<u>Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)</u> L'établissement n'a pas transmis de PACQ. Il dispose d'un plan d'actions de douze pages qui couvre la période du 01/01 au 31/12/2024. Il s'agit d'une fiche UNIVI qui comporte une liste de vingt-quatre objectifs, eux-mêmes déclinés en cent-soixante-dix actions. La source de l'objectif, la personne pilote chargée de son exécution (par objectif et actions), l'échéance, la priorité et l'avancement sont indiqués dans le plan. La source précise l'origine de la mise en place de l'action : enquête de satisfaction résidents, proches, événements indésirables (légionnelle), audit de contrôle, évaluation interne...	Remarque 3 : L'établissement ne s'est pas doté d'un véritable plan d'amélioration continue de la qualité ni d'une structure de suivi de la qualité.
1.4.1.7	A la date du contrôle, ce sont 134 actions traitées (78,8 %), 17 actions en cours (10 %), 5 actions annulées (3 %) et 14 actions non traitées (8,2 %). Le plan ne permet pas de connaître la façon dont les actions ont été traitées et leur résultat effectif. Ce plan contient à la fois des actions qui relèvent d'un suivi quotidien de l'état de l'établissement et d'autres qui se rapportent à une approche qualitative sans qu'apparaisse une réelle démarche de qualité soutenue par une réflexion d'ensemble sur la prise en charge. La Mission note que l'établissement a tenu compte des différentes enquêtes, évaluations, audits, plaintes... pour établir son plan 2024. Ce plan se limite à l'année 2024 et ne contient pas de perspectives pluriannuelles, il ne peut donc constituer en l'état un PACQ. Il ne fait pas l'objet d'un suivi qualité. Un rapport d'activité de la démarche qualité a été présenté au CVS du 03/06/2023. Il fait apparaître que 3 Copil Qualité se sont tenus en 2023. Le pilote est le directeur.	
1.4.2.1	<u>L'évaluation externe</u> L'établissement a réalisé une évaluation externe en date de septembre 2014, mais n'a pas transmis d'évaluation externe plus récente pour ce contrôle. D'après le calendrier d'évaluation fixé par les autorités de tutelle, l'EHPAD devait effectuer une nouvelle évaluation externe en 2024. Celle-ci a été réalisée en novembre 2024 et l'établissement ne disposait pas des résultats qui n'ont pu être transmis à la Mission à la date du contrôle. Une évaluation interne a été réalisée en octobre et novembre 2017 [REDACTED]. Les résultats ont été restitués aux équipes en mai 2018. Les autorités de contrôle en ont également été destinataires. Il est noté en conclusion la nécessité que « l'établissement identifie un référent qualité au sein de son personnel et remette en place un comité qualité et le suivi régulier de son plan d'actions et de progrès ».	Écart 11 : La précédente évaluation externe date de dix ans et la Mission de contrôle ne dispose pas des résultats de la dernière évaluation (Article D 312-204 du CASF).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance Le projet d'établissement 2019-2024 comporte un chapitre « promotion de la bientraitance » d'une seule page. Il est indiqué que « la cadre de soin, référente qualité au sein de l'Ehpad, assure avec la psychologue des formations sur la bientraitance auprès de tous les professionnels de l'EHPAD (soignants, restaurations, bio-nettoyage, ...) », et que la stratégie de bientraitance est révisée tous les ans. Il n'est pas précisé selon quelles modalités la stratégie de bientraitance est révisée. « Cette démarche vise ainsi à : ✓ Valoriser l'expression des personnes prises en charge, ✓ Répondre à leurs besoins et demandes, ✓ Respecter leurs droits, choix et refus, ✓ Instaurer une réflexion chez les professionnels, ✓ Améliorer les pratiques, ✓ Promouvoir l'autonomie des personnes vulnérables, ✓ Leur permettre d'être actrices de leur accompagnement. »	Écart 12 : La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est pas clairement formalisée et ne permet d'affirmer qu'elle est opérationnelle dans l'établissement (Cf. Articles L.119-1, L311-3 1° & 3° du CASF).
1.4.3.1	Les actions de promotion de la bientraitance mises en place afin d'atteindre les buts de la démarche sont listées ainsi : « Action 1 : continuer d'évaluer les besoins des résidents lors des réunions pluridisciplinaires et des PPR. Indicateur de suivi : Cf. Projet de vie des résidents. Action 2 : poursuivre les formations sur la bientraitance et des groupes de parole à thème auprès du personnel. Indicateur de suivi : Nombre de formation et groupe de parole annuel. Action 3 : rester vigilant sur les pratiques professionnelles des professionnels et les manager avec bienveillance en conséquence. » La Mission note que ces actions ne sont pas opérationnelles ni déclinées dans le plan d'actions. Les trois actions identifiées ne permettent pas de développer les différents points de la démarche. Il n'est pas indiqué la façon dont cette politique est conduite au sein de l'établissement, quels sont les professionnels qui la mettent en œuvre et comment celle-ci est évaluée. La lutte contre la maltraitance n'est pas incluse dans la promotion de la bientraitance. Le livret d'accueil du nouveau salarié n'a pas été transmis, mais il existe une fiche générique intitulée « Parcours et check liste du parcours d'intégration du salarié CDI ou CDD long. » élaborée par la direction des ressources humaines de Univi. La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance n'y sont pas abordées. Le livret d'accueil du résident rappelle les obligations légales de signalement pour toute personne des faits de maltraitance dont elle aurait connaissance. Sont énumérées les différents modes de maltraitance et il est conseillé de parler rapidement à un professionnel de santé (notamment	Remarque 4 : La promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance est déclinée en actions non opérationnelles et non incluses dans le Plan d'Amélioration Continue de la Qualité ce qui ne permet pas leur effectivité.

N°IGAS Observations ou commentaires		Constat E/R
médecin traitant), directeur de l'établissement, personnel de l'établissement. Il est rappelé la possibilité de s'adresser aux autorités de police, gendarmerie ou procureur de la République. Le numéro national de signalement 39 77 y figure. Plusieurs documents et fiches de procédure ont également été transmis : Un Powerpoint « sensibilisation à la bientraitance Univi a été fourni. Il émane du service qualité du groupe Univi. La mission ne peut en déduire qu'il a été présenté aux personnels de l'EHPAD les Airelles. La fiche Univi mise à jour le 06/03/2024 : plan de prévention et de gestion des risques de maltraitance et violence est présentée comme le « plan de prévention qui décrit toutes les actions mises en place au sein d'Univi pour permettre la promotion de la bientraitance et la prévention des actes de maltraitance et de violence. » La fiche liste 9 actions et les moyens à mettre en place. Il est indiqué que pour l'action « repérer la maltraitance grâce à la formation continue des salariés », l'une des actions est « la sensibilisation des salariés par formation e-learning à ce qu'est la maltraitance et la bientraitance en institution. Cette action est effectivement prévue pour l'ensemble des personnels dans le plan de développement des compétences 2025. Une fiche générique « signalement d'un fait de maltraitance ou de violence » qui s'applique à « toute personne interne ou externe à l'établissement étant témoin d'un fait de maltraitance ou de violence. La fiche comporte des éléments biffés et surlignés et ne semble pas achevée. Elle a été transmise non signée. Une fiche « accompagnement bientraitant résident EHPAD. Il s'agit d'une fiche générique du groupe Univi qui décline les pratiques vertueuses du personnel par thème : entrée dans la chambre du résident, repas, médicaux/soins, animation/vie sociale, divers. Les modalités de diffusion et de travail autour de cette fiche ne sont pas précisées. Une fiche « lanceur d'alerte » décrit la procédure et rappelle le statut protecteur dont bénéficie la personne qui alerte. La référente désignée de la procédure est la référente qualité du groupe Univi. La fiche générique fiche de signalement lanceur d'alerte est jointe. La Mission note que les résultats de l'enquête de satisfaction des résidents 2024 ont été transmis. A la question posée sur la bienveillance du personnel, les réponses font apparaître une majorité de résidents satisfaits [REDACTED] Malgré les documents transmis, la Mission ne peut déterminer comment ils sont diffusés et déclinés auprès des personnels. Le faible nombre de personnel formés à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance en 2023 et 2024 ne permet pas à la Mission de déterminer comment se décline la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance au sein de l'EHPAD Les Airelles. (CF écart16.		Remarque 5 : L'établissement a transmis une fiche de signalement des faits de maltraitance ou de violence non finalisée, celle-ci n'est donc pas opérationnelle. Remarque 6 : L'établissement a transmis une fiche d'accompagnement bientraitant du résident en EHPAD, cette fiche ne contient pas les modalités de diffusion d'appropriation par les équipes.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.4.3.2	<u>Les situations de violences ou de harcèlement</u> Aucune procédure n'a été transmise concernant les violences ou harcèlements sexuels entre résidents ou entre résidents et membres du personnel.	Écart 13 : L'établissement ne dispose pas de procédures concernant les situations de violence ou de harcèlement sexuels, ce qui contrevient à l'article 331-8-1 du CASF.
1.4.3.3	<u>La déclaration des maltraitances</u> La fiche de signalement d'un fait de maltraitance ou violence UNIVI, du 15/04/2024, énumère les différents types de maltraitance et de violence d'un professionnel envers un résident, d'un professionnel envers un autre professionnel, d'un proche/représentant légal envers un résident, d'un résident envers un autre résident, d'une famille envers un salarié. Le processus d'alerte et de déclarations en interne et aux autorités de contrôle (ARS et département) est décrit. La procédure spécifie le fait qu'un salarié a témoigné de mauvais traitements ou privations infligés à une personne accueillie ou relaté de tels agissements ne peut être pris en considération pour décider de mesures défavorables le concernant en matière d'embauche, de rémunération, de formation, d'affectation... » (art. L313-24 du code de l'action sociale et des familles). Un RETEX est prévu un mois après les faits. La déclaration article 40 au procureur de la République figure dans la fiche.	

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Enregistrement, traitement et suivi des plaintes	
1.5.1.1	L'établissement a transmis plusieurs documents et fiches de procédure émanant du siège d'UNIVI concernant : – Le registre des plaintes et réclamations, – La procédure de gestion des plaintes et réclamations, – Le modèle de fiche de déclaration des plaintes et réclamation, – Trois fiches de déclaration renseignées. – Gestion des événements à déclaration obligatoire. Concernant cette fiche, la mission note que les 11 catégories d'événements à déclaration obligatoires figurant dans l'arrêté du 28/12/2016 ne sont pas recensées. Le registre des plaintes et déclaration concerne la période d'août 2022 à novembre 2024). Il comporte une déclaration pour 2022 et 5 déclarations pour 2023, l'essentiel des déclarations concerne l'année 2024. Y figurent les mesures correctives, et l'état d'avancement de la mesure. Une grande partie des réclamations concernent des réclamations sur les factures et la qualité des repas. Sur 30 plaintes et réclamations sur la période, l'état d'avancement de l'ensemble est noté « terminé ». Parmi les événements recensés, plusieurs relèvent d'une déclaration obligatoire aux autorités de contrôle. (Cf. infra 1.5.1.3) L'établissement a transmis trois fiches renseignées pour le traitement des réclamations. Les informations sont contenues dans le tableau de suivi, ce dernier n'est pas utilisé comme un document de synthèse des réclamations. La fiche de renseignement apparaît comme redondante avec le tableau et ne permet pas de noter les actions qui pourraient être mises en place et de développer leur contenu. Son rôle est essentiellement résolutoire, elle ne permet pas d'intégrer un questionnement en lien avec la démarche qualité. La fiche de gestion des plaintes et réclamations dispose de deux logigrammes, le premier pour le traitement des plaintes et réclamations au sein de la résidence, le second pour le traitement des plaintes et réclamations émises au siège. Ces deux logigrammes développent le déroulement de l'action, par qui et comment. La première évoque seulement la perte de confiance ou rupture dans la communication, ce qui présuppose que les incidents ou sujets de mécontentement qui conduisent à réclamation doivent être traités en amont de la réclamation, les incidents ne sont pas abordés sous l'angle du dysfonctionnement et les sujets de mécontentement sous l'angle de l'insatisfaction. Cette position de traitement ne favorise pas en retour la prise en compte des réclamations dans le fonctionnement de l'établissement. Le logigramme mentionne explicitement l'alimentation du plan d'action. Le second logigramme retrace le traitement de la réclamation, sans orientation. La Mission note qu'il s'agit de fiches de procédure génériques du groupe Univi, dont certaines semblent inachevées (surlignées, éléments biffés).	Remarque 7 : Les fiches de procédure traitant de la gestion des plaintes et réclamations, de la gestion des événements indésirables simples et à déclaration obligatoire dans l'établissement sont incomplètes. Remarque 8 : L'établissement n'a pas décliné et adapté les fiches de l'organisme gestionnaire à son EHPAD. Remarque 9 : Le logigramme de la fiche de gestion des plaintes et réclamations ne favorise pas la prise en compte des dysfonctionnements et insatisfactions au niveau du fonctionnement global dans leur traitement.
1.5.1.3	Déclaration des EI/EIG	Écart 14 : L'établissement ne déclare pas l'ensemble

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	A lecture du registre, la Mission note une confusion entre réclamation/plainte et événement indésirable grave à déclaration obligatoire. Certains événements figurant dans le registre EI (événement indésirable) n'ont pas fait l'objet d'une déclaration aux autorités de contrôle alors qu'ils relèvent de la catégorie d'un événement indésirable grave :	des dysfonctionnements et événements relevant de l'arrêté du 28/12/2016 modifié, ce qui contrevient à l'article L.331-8-1 du CASF.
	La procédure de gestion des événements indésirables simples précise bien que « tous les événements indésirables doivent être déclarés pour qu'ils soient analysés en équipe afin de : - comprendre les raisons de leur survenue, - éviter une aggravation, - trouver la façon d'éviter qu'ils se reproduisent. » La fiche dispose d'un logigramme qui décrit la procédure à suivre pour le traitement des EI et pose bien la question de sa déclaration ou pas. Les EI sont évoqués en CODIR ou réunion d'équipe, ce qui suppose un traitement en équipe pluridisciplinaire bien que la démarche ne soit pas clairement formalisée. La direction valide l'analyse qui est faite de l'EI. Un retour écrit est prévu au déclarant ainsi que l'alimentation du plan d'actions. Les points d'avancée sont également tracés dans le PAP du résident. Les EI sont cotés afin d'établir une priorité. La grille présente cinq critères : 1 mineure, 2 significative, 3 majeure, 4 critique, 5 catastrophique. Des exemples sont donnés afin d'aider à la cotation, sans plus d'explication sur la façon dont il est procédé à la cotation. Seuls les critères 4 et 5 donnent lieu à un Retex. La fiche de traitement des Evénements Indésirables à Déclaration Obligatoire (EIDO selon l'établissement) ou Evénements Indésirables Graves (EIG selon la réglementation) contient également un logigramme qui pose en premier la survenue d'un EIDO et sa réception, la déclaration au directeur et au référent qualité, puis le contact avec les services concernés. Ensuite, la question se pose de sa déclaration obligatoire, soit un EI soit un EIDO. Le lien avec la cotation des EI n'est pas établi avant la distinction entre les deux, mais il est prévu de coter la gravité après identification qu'il s'agit bien d'un EIDO. L'EIDO relève des 11 cas prévus par la réglementation qui sont cités plus loin dans la procédure, mais n'apparaissent pas dans le logigramme. Le logigramme n'est pas cohérent dans le déroulé du traitement de l'événement puisqu'il présuppose d'emblée qu'il s'agit d'un EIDO. La procédure contient des erreurs sur la déclaration des EIG associés aux soins et aux maladies à déclaration obligatoire puisque ceux-ci relèvent de la compétence seule de l'ARS et non de la Ville de Paris comme pour les autres EIG. Les documents transmis concernant la formation des personnels ne présentent aucune formation réalisée sur la gestion des EI/EIG. (Cf Remarque 12)	Remarque 10 : La distinction entre réclamation et événement indésirable à déclaration obligatoire n'est pas faite dans le registre tenu par l'établissement.
		Remarque 11 : La fiche de traitement des EIG n'est pas cohérente dans le déroulement de leur traitement et contient des erreurs.

N°IGAS Observations ou commentaires		Constat E/R
1.5.1.5	Analyse et suivi des EIG La fiche de procédure « Gestion des événements à déclaration obligatoire » définit que des RETEX sont organisés à 1 mois. En 2024, 2 EIG ont été déclarés à la Ville de Paris mais pas à l'ARS Île-de-France : [REDACTED] Les RETEX de ces événements ont été transmis également par l'établissement. Le premier est un Retex complet et détaillé qui examine les causes de l'incident et apporte à la fois des réponses et des actions à mener afin d'éviter une récurrence. Le second Retex est succinct et n'apporte pas de véritable analyse de la situation. L'établissement à utiliser deux grilles d'analyse différentes pour ces Retex. Les deux Retex ont été étudiés et rédigés en équipe pluridisciplinaire. La Mission note que le plan d'action de la période 01/01/2024 au 31/12/2024 contient des actions liées à certains EI non déclarés aux autorités de tutelle [REDACTED], mais ne comprend pas d'actions liées aux EIG déclarés. (Cf. Ecart n°14)	Écart 15 : Les EIG ne sont pas déclarés à l'ARS Île-de-France ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF. Remarque 12 : L'établissement n'a pas mis en place en 2024 un suivi et un bilan des EIG dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité.
	Signalements et transmission des Retex Le dépôt d'une main courante a été transmis par l'établissement. Les fiches de procédures transmises ne prévoient pas la possibilité de faire un signalement au procureur, selon la situation traitée. Deux Retex ont été effectués concernant deux EIG (événement indésirable grave) : [REDACTED]	Remarque 13 : Les fiches de procédure ne mentionnent pas explicitement la possibilité de faire un signalement au procureur.

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS

Observations ou commentaires

Les Effectifs

L'établissement a transmis un tableau des ETP des personnels en CDI de l'EHPAD au jour du contrôle. Le tableau indique les effectifs suivants :

Personnel	ETP présents	ETP à pourvoir
ADM Administration		
ANI Animation		
ASD Aide-soignant + AMP diplômés		
DIR Direction		
ENT Entretien maintenance		
HOT Hôtellerie		
IDE Infirmier		
MED Médecin		
PSM Psychomotricien		
PSY Psychologue		
VEI Veilleurs		
Total		

En comparant le tableau des ETP à l'organigramme transmis par l'établissement, en date du 21/10/2024, les effectifs et temps de travail correspondent à l'exception du médecin coordonnateur [redacted] de médecin prescripteur figurant dans l'organigramme ne sont également pas indiqués dans le tableau transmis.

[redacted]

y a donc véritablement 4 ETP d'IDE dans l'EHPAD dont 1 poste à pourvoir.

[redacted]

AMP (aide médico-psychologique). Ces effectifs sont cohérents avec ceux indiqués dans le tableau des ETP et l'organigramme de l'EHPAD.

Constat E/R

Écart 16 : Les effectifs IDE et AS/AES de l'établissement ne sont pas suffisants pour permettre une prise en charge de qualité et garantissant la sécurité du résident selon les critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du CPOM, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° et 3° du CASF.

Remarque 14 : Les ETP indiqués pour le médecin coordonnateur et le médecin prescripteur ne sont pas les mêmes entre les documents transmis.

Remarque 15 : Les auxiliaires de vie et aides médico-psychologique sont considérées comme du personnel d'hôtellerie dans le tableau des ETP.

2.1.1.1

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le tableau des ETP transmis indique que les ETP ADV (auxiliaire de vie) / AMP (aide-médecin psychologique) sont catégorisées comme « hôtellerie » alors que ces effectifs font partie de l'équipe soignante. La Mission précise que la dénomination d'AMP est également regroupée sous le terme d'AES (Accompagnant éducatif et social) depuis 2016. L'établissement sous-traite le bionettoyage et sa restauration à des prestataires extérieurs. Un CPOM est en cours au niveau de l'organisme gestionnaire de l'EHPAD, ses objectifs principaux sont : 1. Renforcer la coordination des soins et réduire les hospitalisations évitables, 2. Fidéliser les personnes et stabiliser les équipes soignantes, 3. Améliorer : La prise en charge des troubles psycho-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer et l'hygiène bucco-dentaire des résidents, 4. Maintenir ou tendre vers un taux d'occupation élevé dans les EHPAD, 5. Maintenir la qualité et renforcer l'individualisation de la prise en charge, 6. Développement durable de Paris et responsabilité sociétale des établissements (RSE). La mission informe l'établissement que pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents au regard de l'effectif soignant de l'établissement actuellement en poste, elle se base sur un effectif minimal de soignants requis calculé sur des critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du CPOM. Les critères retenus prennent en compte la dernière coupe AGGIR/PATHOS pour définir la charge en soins et dépendance de l'établissement et le nombre de places en hébergement permanent autorisées. D'après la dernière coupe PATHOS de l'établissement, en date de 2019, le PMP est de 4300 et le GMP de 3200.	

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

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

Si RGMP > 3200 => nb ETP ASI/AMP est insuffisant

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

Si RPMP > 4300 => nb ETP IDE est insuffisant

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Selon les critères retenus par le CPOM, pour les effectifs AS et AES, le calcul est le suivant : > 3200 ce qui signifie que les effectifs AS et AMP de l'établissement ne sont pas suffisants pour garantir une prise en charge de qualité et garantissant la sécurité des résidents. A minima, 2 ETP d'AS/AMP supplémentaires seraient nécessaires. Selon les critères retenus par le CPOM, le calcul est le suivant pour les effectif infirmiers : [redacted] qui signifie que les effectifs infirmiers, même tous pourvus, ne sont pas suffisants pour garantir une prise en charge de qualité et garantissant la sécurité des résidents. A minima, 1 ETP d'IDE supplémentaire serait nécessaire. La mission signale à l'établissement que l'IDEC n'est pas compté dans les effectifs IDE car assurant un poste de coordination.	
2.1.1.3	Absentéisme et taux de rotation des personnels D'après les données renseignées par l'établissement sur la plateforme ANAP, l'absentéisme et le taux de rotation des personnels sont : Taux d'absentéisme pour la campagne 2024 (sur les données 2023) : - Absentéisme : 8,88% (médiane départementale : 8,31% / régionale : 9,82% / nationale : 10,74%) - Rotation des personnels : 7,78% (médiane départementale 13,28% / régionale : 14,13% / nationale : 15%) Taux d'absentéisme pour la campagne 2023 (sur les données 2022) : - Absentéisme : 0% (médiane départementale : 10,32% / régionale : 11,76% / nationale : 12,1%) - Rotation des personnels : 14,44% (médiane départementale 14,91% / régionale : 15% / nationale : 15%) Malgré l'augmentation du taux d'absentéisme en 2023, les chiffres de l'établissement sont en-dessous, sauf pour l'absentéisme au niveau départemental, des médianes références.	
2.1.1.6	Le remplacement des personnels de l'établissement L'établissement indique dans sa procédure d'intégration des nouveaux collaborateurs qu'elle « ne s'applique pas aux contractuels de courte durée (CDD de moins de 7 jours) ». En prenant en compte ce critère et en s'appuyant sur les RUP 2022 et 2023 transmis par l'EHPAD, le recours aux contractuels de moins de 7 jours représente la majorité des CDD de l'établissement. La durée moyenne de tous les CDD confondus est la suivante : En 2022 711 CDD, dont 557 CDD de moins de 7 jours, sont répartis sur l'année :	

N°IGAS Observations ou commentaires	Constat E/R

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La Mission note que les principales catégories de personnels remplacées par les contractuels de courte durée sont celles de l'équipe de soins, c'est-à-dire les auxiliaires de vie sociale, les AS et les IDE. Ces remplacements sont principalement faits par des contractuels de courte durée réguliers. D'après analyse des documents fournis, une des raisons de ces remplacements est le « déséquilibre » dans les effectifs entre l'équipe et la contre-équipe entraînant plus de remplacements nécessaires en cas d'absence ou de congés (cf point 2.1.4.5).	
2.1.2.1	<u>Le plan de développement des compétences</u> L'EHPAD a transmis ses plans de développement des compétences 2023, 2024 et 2025, le catalogue de formations 2024/2025, des supports de formation (déclaration et gestion des EI médicamenteux en EHPAD) ainsi que des attestations de participation et de réussite pour les formations suivantes : • Incendie (une fiche conseil prévoyant l'organisation des formations au niveau du groupe, la feuille d'émargement pour 2023 ainsi que la feuille d'émargement et contrats d'organisation de formation pour 2024), • AFGSU, attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, (4 attestations et certificats de réussite en 2023 et 7 en 2024), • Prévention de conflits entre usagers (2 attestations de formation), • PEC, prise en charge, Nutrition / Dénutrition (3 attestations), • UNiHygiène/référent hygiène (une attestation et une liste de présence), • Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées (3 attestations), • Politique qualité et gestion des risques UNIVI (1 convocation), • Habilitation électrique (1 certification), • Comité éthique (convocation à la formation), • Maintenance et sécurité pour l'équipe de nuit, • Les enjeux de la cybersécurité pour les ESMS (1 attestation de réussite). -Le plan de développement des compétences <u>2023</u> indique que l'établissement a sélectionné les formations suivantes dans le catalogue fourni par l'organisme gestionnaire : <u>Formations réglementaires</u> • Personnel électricien (formation sur 4 jours pour un agent), • Personnel technique + de nuit (formation sur 10 jours pour un personnel), • AFGSU 2 (formation d'une journée pour six personnels), • Exercices extinction des feux et évacuation (formations d'1h30 pour tout le personnel). Formations sur la prise en charge et l'accompagnement de la personne âgée	Écart 17 : Le faible nombre de personnes formées en 2023 et 2024 à la bientraitance et à la prévention de la maltraitance ne garantit pas une bonne sensibilisation des professionnels à ces thématiques, ce qui contrevient aux dispositions des articles L119-1 et L311-3, 1° du CASF, de la Circulaire du 20 février 2014 et de l'Instruction DGAS/2A N°2007-112 du 22 mars 2007.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	• Plâtres et cicatrisations (pour un personnel), • Amélioration des écrits professionnels : s'approprier la méthode et les outils de transmissions ciblées (pour deux personnels), • Travail de nuit des soignants : bien-être et santé des équipes au service la qualité des soins (pour un personnel), • Formation "pansements" : les différents types de pansements et leurs indications (pour un personnel), • Hygiène et risque infectieux (pour deux personnels), • Mieux comprendre et communiquer avec la personne âgée - Formation avec simulateur de vieillissement (pour quatre personnels), • Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées (pour trois personnels), • Gestion de l'agressivité du malade Alzheimer (pour deux personnels), • Développer une culture et des pratiques de bientraitance autour des soins d'hygiène du corps chez la personne âgée (pour quatre personnels), • Prise en charge de la douleur (pour deux personnels), • Prise en charge de la nutrition / dénutrition chez la personne âgée (pour deux personnels), • Rôle et positionnement de l'IDE en EHPAD (pour un personnel), • Elaborer et faire vivre le projet personnalisé (pour un personnel), • Hygiène bucco-dentaire (pour deux personnels). <u>Formations portant sur la relation aux familles/résidents</u> • Prévention des conflits entre les résidents/patients (pour deux personnels), • Gestion du deuil et accompagnement d'une famille en deuil (pour un personnel). <u>Formations management et stratégie</u> • Optimiser son accueil téléphonique et physique (pour un personnel), • Parcours de formation management UNIVI (pour un personnel), • Formation à la facturation (pour un personnel), • Formation à l'utilisation du logiciel achats (pour un personnel). L'établissement a également remonté dans ce plan un besoin de formation diplômantes aide-soignant pour les AVS/AMP qui ont été amenés à réaliser des missions AS et ceux qui souhaitent évoluer professionnellement. -Pour le plan de développement des compétences 2024, l'établissement a sélectionné les formations suivantes : <u>Formations réglementaires :</u>	Remarque 16 : Les documents transmis concernant la formation des personnels ne présentent aucune formation réalisée sur la gestion des EI/EIG ce qui ne participe pas à l'exhaustivité des déclarations qui auraient dues être faites aux autorités de contrôle.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	• AFGSU niveau 1 (formations sur deux jours pour quatre personnels), • Habilitation électrique initiale : opérations d'ordre électrique simples et manœuvres en basse tension (formation de deux jours pour un personnel), • SSIAP 1 (formation de dix jours pour un personnel), • AFGSU niveau 1 – recyclage (formation d'un jour pour huit personnels), • AFGSU niveau 2 – recyclage (formation d'un jour pour trois personnels), • Exercices extinction des feux et évacuation (formations d'1h30 pour tout le personnel). <u>Formations sur la prise en charge et l'accompagnement de la personne âgée :</u> • Plaies et cicatrisation (formation de deux jours pour un personnel), • Amélioration des écrits professionnels : s'approprier la méthode et les outils des transmissions ciblées (formation d'un jour pour quatre personnels), • Relation triangulaire : professionnel / résident / famille (formation de deux jours pour trois personnels), • Travail de nuit des soignants : bien-être et santé des équipes au service de la qualité des soins (formation d'un jour pour deux personnels), • Mieux comprendre et communiquer avec la personne âgée - Formation avec simulateur de vieillissement (formation d'un jour pour cinq personnels), • Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées (formation de trois jours pour cinq personnels), • Accompagnement des troubles gériatro-psychiatriques (formations de deux jours pour quatre personnels), • La douleur : comment l'évaluer, la retranscrire, la prévenir ? Quelles spécificités auprès de la personne âgée ? (Formation de deux jours pour quatre personnels), • Comprendre le mécanisme et prévenir les chutes chez la personne âgée (formation de deux jours pour deux personnels), • Circuit du médicament en ESMS (formation d'un jour pour un personnel), • Hygiène buccodentaire (formation d'un jour pour quatre personnels), • Gestion du deuil et accompagnement d'une famille en deuil (formations de deux jours pour trois personnels), • Développer une culture et des pratiques de bientraitance (formation d'un jour pour quatre personnels). <u>Formations autres :</u> • Cours de français, • Cours informatique EXCEL, • Deux inscriptions au DE AS. Pour le plan prévisionnel de développement des compétences 2025, l'établissement a indiqué les besoins en formation suivants :	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<u>Formations réglementaires :</u> • AFGSU Niveau 1 – Initiale (formation de deux jours pour « au moins six personnels »), • AFGSU Niveau 2- Initiale (formation de trois jours pour « au moins quatre personnels »), • Habilitation électrique initiale : opérations d'ordre non électrique (formation d'un jour pour deux personnels), • Habilitation électrique Initiale : opérations d'ordre électrique simples et manœuvres en Basse Tension (formation de deux jours pour deux personnels), • SSIAP 1 – initiale (formation de dix jours pour un personnel), • AGSU niveau 2 – recyclage (formation d'un jour pour deux personnels). <u>Les formations « spécifiques métier »</u> • Plâtres et cicatrises (formation de deux jours pour un personnel), • Transmissions ciblées (pour 4 personnels), • Travail de nuit des soignants : bien-être et santé des équipes au service de la qualité des soins (formation d'un jour pour deux soignants), • Les bonnes pratiques d'hygiène du linge et initiation au système RABC (formation de deux jours pour un personnel), • Bionettoyage et entretien des locaux (formation de deux jours pour deux personnels). <u>Formations « accompagnement / relationnel » :</u> • Mieux comprendre et communiquer avec la personne âgée - Formation avec simulateur de vieillissement (formation d'un jour pour quatre personnels), • Relation triangulaire : professionnel / public accueilli / famille (formation de deux jours pour trois personnels), • Gestion du deuil et accompagnement d'une famille en deuil (formations de deux jours pour cinq personnels), • Soins palliatifs (formation de trois jours pour six personnels), • Accompagnement des troubles gériatriques (formation de deux jours pour cinq personnels), • Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées (formation de trois jours pour quatre personnels), • Comprendre le mécanisme et prévenir les chutes chez la personne âgée (formation de deux jours pour trois personnels), • La douleur : comment l'évaluer, la retranscrire, la prévenir ? Quelles spécificités auprès de la personne âgée ? (Formation de deux jours pour quatre personnels). <u>Formations « projets groupe » :</u>	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	• La réflexion éthique au sein d'un établissement (formation de deux jours pour un personnel), • Référent Charlot K-LVIE - Thérapies Non Médicamenteuses (formation d'un jour pour un personnel), • Analyse des pratiques (formation de deux jours pour un personnel), • Optimiser son accueil téléphonique (formation de deux jours pour un personnel), • Être animateur en EHPAD (formation pour un personnel), • Sensibilisation à la bientraitance en e-learning (formation de 30 minutes pour tous les professionnels), • Tutorat et encadrement des élèves aides-soignants, infirmiers (quatre jours de formation pour trois personnels), • Parcours de formation Management (onze jours de formation pour un personnel), • Prise en charge de la nutrition / dénutrition chez la personne âgée (deux jours de formation pour quatre personnels). <u>Démarche de labélisation Lobélia :</u> • Les bonnes pratiques Lobelia (deux sessions d'une journée de formation sont à l'étude dans le plan : une pour tous les personnels de l'EHPAD puis une pour les recrutements post-certification), • S'approprier la méthode TNMP – Thérapies Non Médicamenteuses Personnalisées (formation de deux jours pour quatre personnels). <u>Formations individuelles pour l'EHPAD :</u> • Apprendre à mieux communiquer avec la famille/ les collègues / les personnes accueillies (pour deux personnels), • La question de l'autorité dans le lieu d'accueil (pour six personnels). L'établissement a également remonté des demandes de VAE (validation des acquis de l'expérience) Aide-Soignant pour trois personnels ainsi qu'un besoin de formation pour devenir référent accompagnement fin de vie pour deux personnels. La Mission note que les plans de formations transmis offrent des formations variées aux personnels de l'EHPAD, notamment en matière de prise en charge de la personne âgée. Les plans de développement des compétences transmis ne contiennent pas de formation sur les événements indésirables, leur identification par les personnels et leurs déclarations. Si le plan de formation 2025 prévoit la sensibilisation à la bientraitance en e-learning pour l'ensemble des personnels (formation de 30 minutes pour tous les professionnels), seuls 4 personnes ont été formés en 2023 sur le thème « Développer une culture et des pratiques de bientraitance autour des soins d'hygiène du corps chez la personne âgée » et 4 personnes en 2024 sur le thème « Développer une culture et des pratiques de bientraitance ».	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<u>Le livret d'accueil</u> L'établissement a transmis deux documents pour l'accueil des nouveaux professionnels. Le premier est dédié aux CDI/CDD long et le second pour les contractuels de moins de 7 jours. Le premier document, dédié à l'intégration des CDI/CDD longs, a été mis jour en décembre 2024. La procédure prévoit la diffusion au salarié d'un kit d'accueil par mail avant son arrivée et comprenant le planning de la première semaine, le livret d'accueil, la trame du rapport d'étonnement à 3 mois et le formulaire de droit à l'image. Un personnel parrain/marraine est également désigné pour assurer l'accompagnement du nouveau salarié. Le jour de son arrivé, le personnel est accueilli et présenté à son personnel parrain/marraine qui va l'accompagner dans sa prise de poste et pour visiter l'établissement. Une semaine après, un temps d'échange est organisé entre le « manager » et le salarié pour faire le point sur son expérience. Après un mois, un bilan d'activité points forts/axes d'amélioration est fait avec le salarié et après trois mois le rapport d'étonnement est rendu par le personnel. Le deuxième document, « intégration flash d'un vacataire », a également été mis à jour en décembre 2024. Il s'applique aux personnels avec un CDD inférieur à 7 jours ainsi qu'aux intérimaires. Dès que la mission est validée, le « kit d'accueil Flash » est transmis au remplaçant/vacataire. Le kit contient le code d'accès à l'établissement, la fiche d'activités, les horaires de la mission, les modalités d'arrivée et le formulaire de droit à l'image. En fonction des disponibilités des personnels de l'EH PAD, un accompagnant est désigné pour guider l'arrivant dans sa prise de fonction. A l'arrivée du remplaçant/vacataire, l'accompagnant lui fait faire une rapide visite de l'établissement et lui présente les informations importantes pour les missions de la journée. Les documents transmis, particulièrement pour la procédure d'accueil des personnels en CDD long/CDI, ne constituent pas un document d'accueil et d'intégration adapté et à destination des nouveaux salariés de l'EH PAD qui présente la structure, décrit le circuit de déclaration des événements indésirables ou encore indique les personnels référents présents dans l'établissement. De plus, au vu des documents transmis, la mission ne peut déterminer pendant combien de temps les nouveaux arrivants en CDD long/CDI sont accompagnés par leur parrain/marraine et si cet accompagnement est suffisant pour la bonne intégration du nouveau personnel.	Remarque 17 : Les documents transmis ne constituent pas un document d'accueil complet pour l'intégration des nouveaux personnels et ne permettent pas à la mission d'apprécier la période d'accompagnement par un pair des nouveaux professionnels en CDD long/CDI.
2.1.2.5		
	<u>Les plannings</u> L'établissement a transmis les plannings M-1, M et M+1 pour les personnels « administratifs-techniques » et pour l'équipe soignante. La légende des sigles employés n'a pas été transmise à la mission. Les plannings des personnels administratifs et techniques concernent : l'équipe de direction, les agents administratifs, le technicien, l'IDEC, le médecin coordonnateur et les agents de sécurité de nuit. Les deux agents de sécurité nuit travaillent en alternance sur un rythme de deux de travail/trois jours de repos/deux jours de travail/deux jours de repos/trois jours de travail. Les plannings de l'équipe de soins concernent : l'IDEC, les IDE, les AS, les AMP et AV, la psychomotricienne mais aussi l'animatrice.	Remarque 18 : Le planning de l'équipe soignante inclut l'animatrice.
2.1.4.5		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les effectifs IDE, AS et AV/AMP sont constituées en équipe et contre-équipe pour assurer la présence d'un nombre équivalent de professionnels dans l'établissement. La Mission note que d'après les plannings transmis, les ETP AS et AV/AMP ne sont pas répartis équitablement entre les deux équipes car l'équipe est constituée de 7 ETP et de 9 ETP alors que pour l'équipe AV/AMP elle est constituée de 3 ETP et 5 ETP. Les horaires des personnels sont 8h-19h30 pour les ADV jour, 8h-20h pour les AS et 8h/19h ou 9h/20h pour les IDE de jour. Pour les ADV et AS de nuit, les horaires sont de 20h à 7h. En dehors des IDE, les plannings transmis n'indiquent pas les qualifications des personnels remplaçants. La Mission ne peut donc déterminer si les effectifs AS ou AV sont remplacés par des personnels diplômés les jours d'absence des personnels en CDI. D'après le planning prévisionnel de janvier 2025, les effectifs prévus par l'EHPAD pour assurer les actes de soins sont les suivants : • 2 IDE jours, • Entre 7 et 9 AS jours en fonction de la présence de l'équipe ou de la contre-équipe, • Entre 3 et 5 auxiliaires de vie (dont un AMP), l'équipe contenant 5 personnels travaille sur le rythme de l'équipe AS comportant le moins de personnels (7 ETP), • Pour le personnel soignant de nuit : 3 personnels avec un AS et deux AV. La mission note que sur neuf journées du planning prévisionnel de janvier 2025, moins de deux personnels IDE sont prévus ce qui est inférieur aux objectifs cibles. Le jour du lancement du contrôle sur pièces, le 6 décembre 2024, les personnels présents dans l'EHPAD étaient les suivants : - Pour l'équipe « administrative et technique » : la directrice, l'adjointe de direction, le médecin prescripteur, l'IDEC, le technicien, le médecin coordonnateur, un agent administratif et un gardien de nuit. - Pour l'équipe soignante : deux IDE, six AS, trois AV de jour (dont un remplaçant identifié via le RUP), un AMP ainsi qu'un AS et deux AV pour l'équipe de nuit (dont un remplaçant identifié via le RUP). En l'absence de détail sur la qualification des professionnels remplaçants figurant sur le planning, les effectifs AS prévus ce jour-ci sont donc inférieurs à ceux prévus par l'EHPAD. Ce manque d'effectifs réapparaît le 1er, 5, 10, 11, 14, 15, 16, 19, 20, 24, 25, 28, 29 et 30 décembre. Il est également noté par la mission que le 30 décembre, l'équipe de nuit n'est composée que de deux personnels (un AS et un AVS). L'analyse du planning de novembre révèle également des manques d'effectifs le 29 novembre pour les IDE, avec un seul IDE présent, et le 7, 12, 16, 17, 18, 21, 22, 26, 27 et 30 novembre pour les AS.	Écart 18 : D'après les plannings transmis, les effectifs IDE limités et les instabilités dans les effectifs aides-soignants ne permettent pas de garantir qu'une prise en charge optimale et garantissant la sécurité des résidents soit assurée (Référence : Article L311-3, 1° et 3° du CASF).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les effectifs IDE limités et l'instabilité des effectifs aides-soignants en fonction de la rotation équipe/contre-équipe ne permettent pas de garantir l'uniformité de la qualité de la prise en charge offerte aux résidents de l'établissement. D'autant plus qu'il ressort de l'analyse des fiches de tâches transmises (Cf. analyse dans la prochaine rubrique) que les AS aident à la distribution et l'administration des médicaments pour le repas du midi. La présence d'un nombre constant d'AS dans l'établissement est donc nécessaire pour garantir que les agents mobilisés puissent assurer leurs missions sans augmentation de leur charge de travail.	
2.1.4.2	<u>Les fiches de tâches heurées</u> L'établissement a transmis les fiches de tâches heurées des ADV (jour et nuit), des AS (jour et nuit) ainsi que des IDE (jour). <u>Les fiches de tâches ADV :</u> Les missions principales des auxiliaires de vie jour (8h-19h30) sont d'aider les résidents au lever et au petit-déjeuner, d'assurer l'accompagnement aux soins (« accompagnements à la toilette, aide à l'habillage, entretien des appareils dentaires et auditifs, brossage des dents, bas de contentions, ongles ») le matin et le soir, de nettoyer l'environnement du résident et de trier le linge sale, d'accompagner le résident au repas du midi ou du soir et de fournir l'aide au repas, accompagner les résidents aux animations, assister aux différentes réunions prévues dans l'après-midi (selon l'organisation en vigueur : participation aux staff pluridisciplinaires, aux transmissions, aux projection d'accompagnement individuel ou aux commissions), réaliser les changes. Le long de la journée, les ADV doivent être disponibles pour accompagner les résidents si nécessaires et répondre aux appels malades. Les interventions auprès des résidents, pour les soins et les changes, sont tracées dans le logiciel de soin. Les ADV de nuit (20h-07h) ont pour missions d'assister les résidents au coucher et au réveil et d'effectuer les changes si besoin, de servir la collation selon le plan de soin et besoins, ranger et nettoyer le salon, le chariot de collations ainsi que les fauteuils, répondre aux alarmes des résidents de l'étage donné ainsi que l'étage du collègue si en pause, de vérifier les logements, de trier le linge et l'amener à la lingerie. Les interventions sont tracées sur le logiciel de soin de l'EHPAD. <u>Les fiches de tâches AS :</u> Les missions principales des AS jours (8h-20h) sont très similaires aux ADV et consistent en la réalisation d'actes de soins et l'accompagnement du résident tout au long de la journée. En plus des soins assurés par les ADV, les AS de l'établissement distribuent les médicaments préparés par l'IDE le matin, après habilitation et sous responsabilité de l'IDE, la réalisation des toilettes, la prévention des escarres ainsi que la gestion des résidents plus dépendants et nécessitant l'utilisation de matériel adapté à leur prise en charge (drap de glisse, rail lève-malade). L'après-midi, comme les ADV jour, les AS participent, selon l'organisation en vigueur, aux réunions prévues comme les staffs pluridisciplinaires, les transmissions, les projets d'accompagnements personnalisés ou les commissions. Les AS jour assurent également un temps de transmission oral avec l'équipe de nuit en plus des transmissions écrites sur le logiciel de soin de l'EHPAD.	Écart 19 : Les fiches de tâches transmises ne définissent pas quels types de changes peuvent faire les ADV alors que les changes ne relevant pas de l'aide à la vie courante constituent des actes de soin qui nécessitent à minima d'être fait en collaboration avec des personnels diplômés AS. Cela constitue donc un risque de glissement de tâches ne permettant pas de garantir une prise en charge sécurisée du résident (Article L311-3, 1° du CASF). Écart 20 : Les auxiliaires de vie participent à la pose de bas de contention qui sont des actes infirmiers qui ne peuvent être délégués qu'aux aides-soignants ce qui contrevient aux articles R4311-4 et R4311-7 11° du CSP.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les AS de nuit (20h-7h) ont pour missions de vérifier la présence de tous les résidents de l'étage désigné, de finir de coucher les résidents non-autonomes et de les aider si besoin ou en fonction du plan de soins, d'assister les ADV si nécessaire, de distribuer les médicaments de nuit préparés par l'IDE (après habilitation), de ranger et nettoyer le salon selon la procédure, d'effectuer une première ronde selon le plan de soins à tous les étages, de vérifier les logements selon le planning, de changer les résidents selon le plan de soin. Tout au long de la nuit, les AS se tiennent disponible pour répondre aux alarmes des résidents. Les interventions sont tracées sur le logiciel de soins et une transmission orale est organisée avec l'équipe de jour. Selon les fiches de tâches transmises, aucun personnel de l'établissement n'est présent à 7h pour effectuer une transmission orale entre équipe de nuit et de jour. <u>Les fiches de tâches IDE :</u> Il existe deux horaires pour les IDE de jour : 8h-19h et 9h-20h. L'IDE arrivant à 8h commence les soins et une transmission avec l'IDE arrivant à 9h est prévue s'il y a eu un problème entre 8h et 9h. Les deux IDE assurent les soins dans deux étages de l'EHPAD selon la planification du jour, la désinfection et le remplissage du chariot de soin, la préparation des traitements pour le midi, le soir, la nuit et le lendemain matin, la réalisation des dextro et insulines le midi ainsi que la distribution des traitements dans leurs étages, la prise de rendez-vous pour les résidents, la pose de perfusion et la distribution des traitements du soir à partir de 18h. En fin de journée, les infirmiers assurent la traçabilité de leurs interventions, des soins et des traitements effectués. Les IDE ont également des tâches ponctuelles dans la semaine : transmission avec les soignants d'un étage le lundi, transmission avec toute l'équipe de tous les étages le mercredi, transmission avec le principal médecin traitant de l'EHPAD, la participation au projet personnalisé, la vérification du chariot d'urgence et la vérification du stock tampon, la désinfection du chariot de médicament, la vérification du matériel d'aspiration et d'aérosol. Les plannings transmis indiquent différents horaires possibles pour les AS et ADV dans l'EHPAD, en l'absence de transmission de la légende des sigles utilisés par le planning et l'absence de transmission d'autres fiche de tâches, la Mission ne peut établir la présence de personnels diplômés AS ou IDE dans l'EHPAD entre 7h et 8h.	Écart 21 : D'après les fiches de tâches et les plannings transmis, la mission ne peut établir la présence de personnel diplômé AS ou IDE dans l'EHPAD entre 7h et 8h du matin ce qui ne permet pas de garantir la continuité de la prise en charge des résidents (Référence : Article L311-3, 1° du CASF). Remarque 19 : Il n'est pas précisé dans la fiche de tâches ADV jour que la distribution des compléments alimentaires doit être rapportée à l'IDE et tracée sur le logiciel de soins.
2.1.4.4	Les glissement de tâches Les fiches de tâches ADV indiquent que ces personnels assurent les changes des résidents les moins autonomes qui constituent pourtant un acte de soin relevant de la compétence des aides-soignants (Cf. écart plus haut). La Mission note également que le manque d'effectifs infirmiers en journée, conformément à l'analyse des plannings, et l'absence le soir entraîne nécessairement la délégation de l'administration des traitements aux aides-soignants ce qui constitue un facteur de risque pour la prise en charge des résidents.	Remarque 20 : Le terme « soins » est employé sans distinction dans les fiches de tâches des aide-soignant et auxiliaire de vie alors que ces personnels n'assurent pas les mêmes missions.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Procédure de remplacement L'EHPAD a transmis une procédure de l'organisme gestionnaire, « Conduite à tenir en cas d'absence imprévue du personnel (organisation en mode dégradée) », en date de mars 2024, et porte sur les mesures à mettre en place pour pallier un manque de personnel. La première personne informée de l'absence de son collègue prévient la direction qui vérifie les listes de remplaçants potentiels (intérimaires, salariés en repos, associations, familles, ...) avant d'avoir recours à l'intérim. Si la personne ne peut être remplacée les tâches sont réparties entre les personnels présents dans l'établissement sauf pour les IDE où l'IDEC est mobilisé. S'il y a plus de deux absences qui ne peuvent être remplacées : • Pour les IDE : l'IDEC priorise les soins qui ne peuvent pas être décalés, • Pour les ASH : la responsable hôtelière est mobilisée, les sanitaires et parties communes sont priorisées et la distribution des repas se fait aux étages. • Pour les AS : une IDE est mobilisée et il y a priorisation des petites toilettes et les levers. L'EHPAD a également joint une procédure de gestion des situations urgentes en l'absence de soignants de l'organisme gestionnaire, en date d'août 2023. Celle-ci décrit le circuit de prise en charge des urgences pour toutes les situations inhabituelles et en cas de signes de gravité (inconscience, arrêt de la respiration, hémorragie externe, arrêt cardio respiratoire, déformation d'un membre). En cas d'urgence, la personne ne doit pas être mobilisée et il faut contacter le 15. Les gestions d'urgences doivent être réalisés et si une hospitalisation est nécessaire le dossier de liaison d'urgence (DLU) doit être imprimé à partir du logiciel de soins de l'EHPAD.	Remarque 21 : Les familles sont citées comme remplaçants dans la procédure de remplacement.
2.1.4.10	La qualification du personnel de nuit D'après les plannings transmis les personnels intervenant le week-end disposent des mêmes qualifications que ceux intervenant en semaine. Pour l'équipe de nuit, encore d'après les plannings, celle-ci est composée d'un AS, de deux auxiliaires de vie sociale et d'un gardien de nuit. La présence d'au moins un personnel diplômé AS est donc assuré.	

Prises en charge

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.1.1.1	<u>La procédure d'admission</u> L'établissement a bien fourni une procédure d'admission et de préadmission. Ces procédures font bien mention de la recherche du consentement de la personne âgée pour son admission dans l'établissement. Une procédure d'information en cas de refus du dossier est également prévue. Elles prévoient l'intégration du résident avec présentation aux personnels de l'établissement, à un membre du CVS et avec un bilan d'intégration à un mois. <u>Avis du MedCo lors de l'admission</u> Cette procédure indique bien que le MedCo donne son avis pour l'admission d'un nouveau résident. Le questionnaire rempli par l'EHPAD précise que le MEDCO est présent lors de la visite de préadmission. Le RAMA 2023 indique qu'en 2022, les nouvelles admissions ont toutes fait l'objet d'un avis du MedCo alors qu'en 2023 seules 24 nouvelles admissions sur 28 en tout ont fait l'objet d'un avis du MedCo. Sur ces 24 avis, 14% étaient défavorables.	<u>Écart 22</u> : Le médecin coordonnateur n'a pas rendu d'avis sur toutes les admissions en 2023 ce qui contrevient à l'article D312-158 du CASF.
3.2.1.2	<u>Contenu de l'Évaluation à l'admission</u> La présentation de la commission gériatrique de 2022 indique que l'évaluation à l'admission comprend : Hypotension orthostatique, hygiène bucco-dentaire, risque d'escarre (Braden), douleurs (Algoplus), Cognition et état thymiques : MMS, test de l'horloge, qualité de vie, GDS 15, Test moteurs et de l'équilibre : Get up and go, timed up and go, Tinetti, Nutrition : poids, IMC, MNA, autonomie et pathologies : GIR et Pathos ainsi que Dépistage troubles visuels et auditifs. Le RAMA 2023 indique de plus que : « Dans le cadre de l'EGS, évaluation gériatrique standardisée, les risques de douleur, dénutrition, état bucco-dentaire, escarre, iatrogénie, la marche, le risque de chutes, la dépression et troubles cognitifs sont systématiquement évalués à l'admission et régulièrement par la suite. »	

N°IGAS Observations ou commentaires		Constat E/R
<u>Le Projet Personnalisé (PP)</u> <u>La procédure :</u> Il existe une procédure pour la réalisation des PP. Celle-ci indique que le PP initial est réalisé dans « les 3 à 6 mois suivant l'arrivée du résident puis à renouveler chaque année ou au bout de 6 mois pour les résidents souffrant de la maladie de type Alzheimer ou de troubles apparentés (en Unité de Vie Protégée). » Il est rédigé via une participation pluriprofessionnelle au niveau de l'établissement. En fin de processus, il est présenté au résident et à ses proches, après signature il est joint au contrat de séjour. La procédure indique également « qu'en cas de changement majeur de l'état de santé, il est aussi revu. Si le résident n'a pas souhaité précédemment participer à la l'élaboration de son PVI, cela lui sera de nouveau proposé l'année suivante. » <u>Réalisation des PP :</u> Les 2 psychologues à mi-temps sont référentes pour les PP. Elles se partagent les résidents selon leur arrivée. Tous les résidents entrés, il y a plus de six mois ont un PP. [REDACTED] ont un PP qui date de plus d'un an au jour du contrôle <u>La Commission de Coordination Gériatrique :</u> L'établissement a bien fourni deux présentations des réunions coordinations gériatriques de 2023 et 2024. Celles-ci abordent les sujets suivants : les données du rapport d'activités médical 2022, la pharmacie et les pénuries de médicaments, les conseils sur la forme de la prescription, la prévention (ostéoporose...), la recherche d'un médecin prescripteur, le soutien médical d'un médecin UNIVI, le dispositif Télémedicare, les réseaux de santé, la continuité des soins, évaluation des EGS, Thérapie non médicamenteuse, projet en faveur des aidants –VI Lavie. <u>Interventions des professionnels médicaux libéraux</u> Deux médecins traitants interviennent dans l'établissement, ils prennent en charge respectivement [REDACTED] résidents soit tous les résidents présents dans l'EH PAD au jour du contrôle. Ces médecins traitants utilisent tous les deux le logiciel de soins de l'établissement. <u>Système d'appels-malade</u> L'établissement a fourni un graphique donnant les évaluations de son système d'appels malade. Le temps de réponse de la majorité des appels (259/267 appels) est en moins de 5 min et 151 en moins de deux minutes, ce qui est satisfaisant.		Écart 23 : 42 résidents sur 79 ont un PP qui date de plus d'un an au jour du contrôle ce qui ne permet pas d'assurer l'individualisation de leur prise en charge ce qui contrevient à l'article L311-3, 3° du CASF.
3.1.3.3		
3.1.4.4		
3.1.4.5		
2.5.4.3		

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<u>Contrat de séjour</u> Le livret d'accueil de l'établissement mentionne la possibilité de désigner une personne de confiance, les personnes qualifiées, la rédaction des directives anticipées ainsi que le mandat de protection future. Ce livret d'accueil comprend également la charte des droit et libertés de la personne accueillie. Le contrat de séjour contient également des dispositions portant sur les droits du résident : - le droit à l'image, - le recours possible à un médiateur de la consommation, - le recours possible à une personne qualifiée, - les droits associés à la protection des données personnelles, - la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, - les droits relatifs à la liberté d'aller et venir.	
3.2.2.2 3.2.2.5		
	<u>Contentions</u> <u>Procédure relative aux contentions</u> Une procédure relative aux contentions du groupe UNIVI mise à jour le 13/09/2023 a été transmise. Elle indique que l'évaluation de la contention doit être faite en équipe pluridisciplinaire, que les contentions sont sous couvert d'une prescription médicale, que « La stratégie UNIVI est de tendre vers le « zéro contention » et que « la recherche de consentement au moment de la prescription doit être réalisé auprès du résident, s'il en a la capacité et/ou auprès de la famille ou le représentant légal par le médecin. » Au moment de la pose des contentions, elles sont réévaluées toutes les deux heures. <u>Réalisation – bilan de la pause des contentions et de la recherche de leur réduction</u> Le RAMA 2023 indique que le protocole « contention » a été présenté aux soignants lors d'une formation. Il indique également que « L'objectif est d'avoir le moins possible de contentions. » et que toutes les contentions font l'objet d'une prescription médicale, avec une durée mentionnée et fait l'objet d'une réévaluation en équipe et d'une évaluation initiale. Hors situation d'urgence, les cas d'indication de contention sont discutés en évaluant le rapport bénéfices risque avec la psychologue, IDEC, IDE et soignants.	Remarque 22 : Le RAMA 2023 ne présente pas le détail des contentions prescrites dans l'établissement.
3.2.3.1		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le bilan chiffré montre que les contentions sont passées de 5 en 2022 à 60 en 2023. Cette augmentation est expliquée par le commentaire mentionné sous le tableau « Nous avons amélioré la traçabilité des contentions par barrières » qui montre que le nombre de 5 en 2022 était sans doute sous-évalué.	

Soins

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.8.2.9	<u>Convention EHPAD / Officine et circuit du médicament</u> Une convention partenariale entre l'EHPAD et une officine a bien été transmise. Elle a été signée le 7 juin 2013. Elle fait l'objet d'une reconduction tacite tous les 3 ans. D'après la convention fournie, il apparaît que : - Les moyens de transmission des ordonnances de l'EHPAD à l'officine : les prescriptions sont envoyées via le logiciel dédié et l'original papier est remis lors de la livraison des médicaments à l'EHPAD. - Les moyens de transmission des conseils thérapeutiques de l'officine et des observations entre EHPAD et officine : l'officine s'engage à ce que les produits et les informations nécessaires à leur bon usage, soient délivrés par un de ses membres dit « personne délégué », spécialement formé aux problématiques et besoins des résidents de l'EHPAD. Il s'agit d'un pharmacien titulaire ou d'un préparateur en pharmacie. En cas d'absence, la pharmacie référente s'engage à ce qu'une autre personne munie des compétences nécessaires assure la fonction de personne référente. En lien avec son circuit du médicament, l'EHPAD a transmis les documents suivants : -Une procédure relative au circuit du médicament, -Une procédure de collaboration IDE/AS/AMP/AES pour la distribution des médicaments, -Une liste de dotation du chariot/sac d'urgence avec les éléments à contrôler, -Une fiche type de traçabilité de la préparation des médicaments et contrôle à 10% des livraisons par l'officine de pharmacie, -Une fiche de traçabilité du contrôle hebdomadaire de l'inventaire du stock du coffre à stupéfiants, -Une procédure de gestion et d'administration des stupéfiants, -La procédure de suivi et dotation du chariot ainsi que du sac d'urgence, -La procédure de suivi et dotation du stock tampon.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La procédure relative au circuit du médicament, mise à jour le 11 janvier 2023, décrit les bonnes pratiques de la sécurisation du circuit du médicament et des étapes de la prise en charge médicamenteuse de l'EHPAD. Elle décrit les principales étapes du circuit du médicament et les précautions à apporter : 1. L'ordonnance et la prescription : la prescription doit-être nominative, écrite et signée par le médecin traitant, en papier ou via le logiciel de soins de l'EHPAD, qui prend en compte les capacités de déglutition de la personne. L'original de l'ordonnance est transmis à l'officine. 2. Le plan de traitement : tous des traitements prescrits doivent être renseignés sur le dossier résident informatisé (DRI) qui regroupe toutes les informations d'identification du résident. 3. Livraison et stockage des médicaments : les médicaments sont préparés par l'EHPAD et livrés une fois par semaine (des livraisons d'urgence sont possibles), un contrôle des emballages à réception est effectué par des IDE, le rangement des traitements et piluliers est également effectué par les IDE le jour même. Le stockage des médicaments doit se faire dans le respect de l'hygiène et permettre la bonne identification du résident à qui appartient le traitement, de même pour les piluliers qui sont rangés dans des casiers nominatifs avec photo. Les traitements devant être rangés dans le frigo le sont dans le respect des règles de bonne pratique. 4. Contrôle des préparations : à la livraison, sont systématiquement vérifiés par les IDE les piluliers ayant eu un changement de prescription le mois précédent et 10% des piluliers au hasard. Ce contrôle est tracé. Il est demandé à la pharmacie prestataire de délivrer des certificats de conformité de contrôle des piluliers. 5. Préparation de l'administration : l'IDE et le médecin traitant peuvent échanger pour apporter toute information permettant une meilleure prise en charge du résident et pour ajuster le traitement si nécessaire. Pour la préparation de la distribution des traitements, l'IDE prépare le chariot et contrôle les médicaments avant l'administration, la concordance médicament/préscription et observe les règles d'hygiène et de sécurité. La procédure prévoit également les dispositions à appliquer en cas de broyage de médicaments. 6. Administration des médicaments : les prescriptions et le plan de traitement sont regroupés dans le classeur « administration des traitements » qui doit être consulté afin de vérifier la concordance entre la dose préparée et le traitement prescrit. La procédure décrit les modalités de délégation d'administration des médicaments entre IDE et AS/AMP/ASG qui prévoit une formation par « l'IDE, l'IDEC ou le MEDCO » sur l'acte de distribution, l'appel d'un médecin en urgence, la transmission et la déclaration d'EI ainsi que la rédaction des transmissions Netsoins et signature du plan de traitement. Au moment de l'administration l'IDE vérifie la prescription, l'identité du résident, l'identification du médicament préparé, l'horaire d'administration, l'aspect du produit, les éléments relatifs à une prescription conditionnelle et l'information du résident sur les risques d'allergies et d'effets indésirables. La procédure précise également le cas de délégation d'administration en cas d'absence d'IDE pour les traitements de nuit. 7. L'enregistrement de l'administration : L'administration est tracée au plus près du temps réel et en cas de refus de prise par le résident cela est tracé sur le logiciel de soins. Une surveillance thérapeutique du résident est assurée après délivrance du traitement pour vérifier son efficacité et déceler tout effet indésirable. Toute observation est tracée sur le dossier de soin. 8. Cas des résidents autonomes : il est nécessaire de s'assurer de la compréhension et de réévaluer régulièrement le niveau d'autonomie des résidents autonomes afin de garantir leur capacité à gérer leur traitement. Les modalités de détention des stocks sont sécurisées pour éviter que d'autres résidents soient exposés au traitement. La prise effective des médicaments est toujours vérifiée par un soignant. La procédure transmise détaille clairement chaque étape du circuit du médicament dans l'EHPAD.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<u>Délégation d'administration des médicaments par l'IDE</u> L'établissement a transmis une procédure générique du groupe UNIVL intitulée : « La collaboration des IDE-AS-AMP/AES pour la distribution des médicaments » datée du 26/02/2024. Elle prévoit que les AS peuvent aider à la prise des médicaments sous forme non injectable et que les AMP/AES peuvent aussi y participer, mais seulement en présence d'un IDE. La procédure indique que les AS, AMP et ASG peuvent distribuer les traitements. Une seconde procédure « Gestion et administration des stupéfiants » du 08/02/2023 indique spécifiquement que : « La délégation de distribution des IDE aux AS pour les traitements stupéfiants est strictement interdite. » Et pour la nuit, cette procédure prévoit : « Pour la gestion des stupéfiants la nuit, il conviendra : - D'adapter la prescription avec l'aide du médecin traitant à défaut du médecin-coordonnateur (traitement à libération prolongé sur toute la nuit ou traitement en décalé à donner en début de nuit par IDE) - Prioriser le passage d'une IDE de nuit (astreinte si IDE de nuit) ou une collaboration avec une équipe de HAD. »	Écart 24 : La procédure transmise indique que les AMP et AES peuvent distribuer des médicaments alors que ces personnels ne sont habilités qu'à l'administration des médicaments « acte à la vie courante » ce qui peut entraîner un risque pour la prise en charge des résidents (Référence : Article L311-3, 1° du CASF).
3.8.2.24	<u>Dépistage et lutte contre la douleur</u> <u>Procédure</u> L'établissement a transmis une procédure de prévention, d'évaluation et prise en charge de la douleur dont la dernière mise à jour est datée du 10/03/21. Cette procédure présente différentes évaluations de la douleur, une pour la personne âgée communicante, EVA et EN et une pour la personne ayant des troubles de la communication verbale, ALGOPLUS notamment. La procédure précise également que l'évaluation de la douleur doit être faite par l'ensemble du personnel soignant qui doit être formé et sensibilisé. Le dépistage de la douleur est réalisé aux moments suivants : • A l'admission du résident puis en continu, • Modification de comportement (agitation, apathie) ou de son état (problème médical aigu, chute), • A chaque plainte douloureuse, • Lors des soins, • En cas de changement physiologique (PA, pouls).	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Et une procédure de Prise en soin médicalementeuse de la douleur du sujet âgé fragile qui présente les différents médicaments pour la prise en charge de la douleur. <u>Réalisation :</u> Le RAMA indique que l'évaluation de la douleur est systématique et qu'il est fait recours à la HAD si besoin d'intervention la nuit. Il indique par ailleurs qu'en 2023, 22 résidents sont sous antalgique, soit 48% des résidents. Le tableau des évaluations médicales nominatif montre que tous les résidents ont bénéficiés d'évaluations de la douleur. Une sensibilisation interne à la prise en charge de la douleur a été réalisée le 14/03/2024 par l'IDEC auprès des salariés de l'équipe de soins de l'établissement.	
3.8.2.25	<u>Protocole soins palliatifs et fin de vie</u> L'EHPAD a transmis deux procédures de l'organisme gestionnaire : « Accompagnement et soins de fin de vie » ainsi que « Toilette mortuaire et rites religieux ». La première, mise à jour le 3 janvier 2024 pour inclure les critères du label UNIVI « Lobelia », décrit la conduite à tenir pour assurer la prise en soins palliatifs d'un résident. Elle décrit la place à accorder à la famille, en proposant de rester au chevet du résident en dehors des heures de visite et en apportant un soutien psychologique ainsi que l'appui de la psychologue de l'EHPAD et/ou de l'équipe mobile de soins palliatifs pour le résident, les familles et potentiellement les soignants et les bénévoles. La procédure décrit ensuite les soins infirmiers et de nursing à mettre en place en situation palliative en détaillant les attentions à apporter pour l'alimentation et l'hydratation, la prévention des escarres, les soins de bouche, la prise en charge de la dyspnée, des nausées ou vomissements ainsi que les hallucinations et les troubles du comportement. Le second protocole, mis à jour le 4 juillet 2023, décrit la procédure à suivre pour assurer une toilette mortuaire garantissant le respect du résident en fonction de ses croyances.	
3.4.3.9	<u>Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel</u> L'établissement a complété et transmis l'annexe relative aux suivi des pesées et des IMC des résidents présents dans l'EHPAD.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les résidents entrés dans la structure depuis plus d'un an disposent entre dix et douze pesées renseignées, à l'exception d'un résident qui n'en a que huit. Les nouveaux résidents, entrés dans l'établissement depuis moins de 6 mois, sont pesés aussi régulièrement que les résidents entrés antérieurement. Les refus sont également tracés pour un résident. D'après les éléments transmis, un suivi quasi mensuel des pesées est assuré pour tous les résidents de l'établissement.	

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
4.2.1.2	<u>Personnels médicaux et paramédicaux libéraux</u> Deux kinésithérapeutes libéraux interviennent dans l'EHPAD. Le premier intervient le matin entre 9h et 12h30 et prend en charge 37 résidents. Le second intervient l'après-midi de 13h30 à 16h30 auprès de 26 résidents.	

Récapitulatif des écarts et des remarques

ECARTS

Écart 1 :	Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95% (Article l'article R314-160 du CASF et Arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R.314-160 du CASF).	10
Écart 2 :	Le plan bleu de l'établissement ne comporte pas de procédures en matière de gestion des décès massifs, de préparation et de gestion d'une évacuation, ainsi que la procédure de mise en place d'un retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu. (Articles L.311-3, D312-155-4-1 et D312-160 du CASF et arrêté du 7 juillet 2005 modifié.	13
Écart 3 :	L'établissement n'a pas transmis l'attestation d'inscription à l'ordre Infirmier de l'IDEC (Article R4112-1 du CSP).	15
Écart 4 :	La composition du CVS n'est pas conforme à la réglementation et contrevient aux articles D.311-5 & D.311-14 du CASF.	16
Écart 5 :	La Mission ne peut s'assurer que les avis sont valablement émis (Cf. article D.311-17 du CASF).	16
Écart 6 :	La présence de membres de la direction sans précision des modalités d'expression contrevient à l'article D.311-9 du CASF.	16
Écart 7 :	Le secrétaire de séance n'est pas explicitement désigné et n'est pas mentionné dans le compte-rendu (Cf. article D.311-20 du CASF).	16
Écart 8 :	Le rôle d'animation du président et l'expression des différents membres n'apparaissent pas dans les comptes-rendus (Cf. article D.311-9 du CASF).	16
Écart 9 :	Les comptes-rendus sont signés de la directrice ce qui contrevient à l'article D.311-20 du CASF.	17
Écart 10 :	Les EIG et actions correctrices s'y rapportant ne sont pas présentés systématiquement au CVS, ce qui contrevient à l'article R331-10 du CFAS.	17
Écart 11 :	La précédente évaluation externe date de dix ans et la Mission de contrôle ne dispose pas des résultats de la dernière évaluation (Article D 312-204 du CASF).	18
Écart 12 :	La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est pas clairement formalisée et ne permet d'affirmer qu'elle est opérationnelle dans l'établissement (Cf. Articles L.119-1, L311-3 1° & 3° du CASF).	19
Écart 13 :	L'établissement ne dispose pas de procédures concernant les situations violence ou de harcèlement sexuels, ce qui contrevient à l'article 331-8-1 du CASF.	21
Écart 14 :	L'établissement ne déclare pas l'ensemble des dysfonctionnements et événements relevant de l'arrêté du 28/12/2016 modifié, ce qui contrevient à l'article L.331-8-1 du CASF.	22
Écart 15 :	Les EIG ne sont pas déclarés à l'ARS Île-de-France ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.	24
Écart 16 :	Les effectifs IDE et AS/AES de l'établissement ne sont pas suffisants pour permettre une prise en charge de qualité et garantissant la sécurité du résident selon les critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du CPOM, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° et 3° du CASF.	25
Écart 17 :	Le faible nombre de personnes formées en 2023 et 2024 à la bientraitance et à la prévention de la maltraitance ne garantit pas une bonne sensibilisation des professionnels à ces thématiques, ce qui contrevient aux dispositions des articles L119-1 et L311-3, 1° du CASF, de la Circulaire du 20 février 2014 et de l'instruction DGAS/2A N°2007-112 du 22 mars 2007.	29

47/57

Écart 18 :	D'après les plannings transmis, les effectifs IDE limités et les instabilités dans les effectifs aides-soignants ne permettent pas de garantir qu'une prise en charge optimale et garantissant la sécurité des résidents soit assurée (Référence : Article L311-3, 1° et 3° du CASF).	35
Écart 19 :	Les fiches de tâches transmises ne définissent pas quels types de changes peuvent faire les ADV alors que les changes ne relevant pas de l'aide à la vie courante constituent des actes de soin qui nécessitent à minima d'être fait en collaboration avec des personnels diplômés AS. Cela constitue donc un risque de glissement de tâches ne permettant pas de garantir une prise en charge sécurisée du résident (Article L311-3, 1° du CASF).	36
Écart 20 :	Les auxiliaires de vie participent à la pose de bas de contention qui sont des actes infirmiers qui ne peuvent être délégués qu'aux aides-soignants ce qui contrevient aux articles R4311-4 et R4311-7 11° du CSP.	36
Écart 21 :	D'après les fiches de tâches et les plannings transmis, la mission ne peut établir la présence de personnel diplômé AS ou IDE dans l'EHPAD entre 7h et 8h du matin ce qui ne permet pas de garantir la continuité de la prise en charge des résidents (Référence : Article L311-3, 1° du CASF).	37
Écart 22 :	Le médecin coordonnateur n'a pas rendu d'avis sur toutes les admissions en 2023 ce qui contrevient à l'article D312-158 du CASF.	39
Écart 23 :	42 résidents sur 79 ont un PP qui date de plus d'un an au jour du contrôle ce qui ne permet pas d'assurer l'individualisation de leur prise en charge ce qui contrevient à l'article L311-3, 3° du CASF.	40
Écart 24 :	La procédure transmise indique que les AMP et AES peuvent distribuer des médicaments alors que ces personnels ne sont habilités qu'à l'administration des médicaments « acte à la vie courante » ce qui peut entraîner un risque pour la prise en charge des résidents (Référence : Article L311-3, 1° du CASF).	44
Remarques		
Remarque 1 :	Le projet d'établissement n'aborde pas l'élaboration des projets individuels de vie (PVI) des résidents et leur personnalisation.	12
Remarque 2 :	La fiche de procédure d'organisation de la permanence des responsables et d'astreinte est incomplète.	14
Remarque 3 :	L'établissement ne s'est pas doté d'un véritable plan d'amélioration continue de la qualité ni d'une structure de suivi de la qualité.	18
Remarque 4 :	La promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance est déclinée en actions non opérationnelles et non incluses dans le Plan d'Amélioration Continue de la Qualité ce qui ne permet pas leur effectivité.	19
Remarque 5 :	L'établissement a transmis une fiche de signalement des faits de maltraitance ou de violence non finalisée, celle-ci n'est donc pas opérationnelle.	20
Remarque 6 :	L'établissement a transmis une fiche d'accompagnement bien traitant du résident en EHPAD, cette fiche ne contient pas les modalités de diffusion d'appropriation par les équipes.	20
Remarque 7 :	Les fiches de procédure traitant de la gestion des plaintes et réclamations, de la gestion des événements indésirables et à déclaration obligatoire dans l'établissement sont incomplètes.	22
Remarque 8 :	L'établissement n'a pas décliné et adapté les fiches de l'organisme gestionnaire à son EHPAD.	22
Remarque 9 :	Le logigramme de la fiche de gestion des plaintes et réclamations ne favorise pas la prise en compte des dysfonctionnements et insatisfactions au niveau du fonctionnement global dans leur traitement.	22
Remarque 10 :	La distinction entre réclamation et événement indésirable à déclaration obligatoire n'est pas faite dans le registre tenu par l'établissement.	23
Remarque 11 :	La fiche de traitement des EIG n'est pas cohérente dans le déroulement de leur traitement et contient des erreurs.	23

48/57

- Remarque 12 :** L'établissement n'a pas mis en place en 2024 un suivi et un bilan des EIG dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité. 24
- Remarque 13 :** Les fiches de procédure ne mentionnent pas explicitement la possibilité de faire un signalement au procureur. 24
- Remarque 14 :** Les ETP indiqués pour le médecin coordonnateur et le médecin prescripteur ne sont pas les mêmes entre les documents transmis. 25
- Remarque 15 :** Les auxiliaires de vie et aides médico-psychologique sont considérées comme du personnel d'hôtellerie dans le tableau des ETP. 25
- Remarque 16 :** Les documents transmis concernant la formation des personnels ne présentent aucune formation réalisée sur la gestion des EI/EIG ce qui ne participe pas à l'exhaustivité des déclarations qui auraient dues être faites aux autorités de contrôle. 30
- Remarque 17 :** Les documents transmis ne constituent pas un document d'accueil complet pour l'intégration des nouveaux personnels et ne permettent pas à la mission d'apprécier la période d'accompagnement par un pair des nouveaux professionnels en CDD long/CDI. 34
- Remarque 18 :** Le planning de l'équipe soignante inclut l'animatrice. 34
- Remarque 19 :** Il n'est pas précisé dans la fiche de tâches ADV jour que la distribution des compléments alimentaires doit être rapportée à l'IDE et tracée sur le logiciel de soins. 37
- Remarque 20 :** Le terme « soins » est employé sans distinction dans les fiches de tâches des aide-soignant et auxiliaire de vie alors que ces personnels n'assurent pas les mêmes missions. 37
- Remarque 21 :** Les familles sont citées comme remplaçants dans la procédure de remplacement. 38
- Remarque 22 :** Le RAMA 2023 ne présente pas le détail des contentions prescrites dans l'établissement. 41

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD Les Airelles géré par OME'AGE GESTION a été réalisé le 13 décembre 2024 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

A l'issue de l'analyse, la Mission constate les atouts de l'établissement. En particulier, l'établissement est doté des documents obligatoires : projet d'établissement, règlement de fonctionnement, plan bleu, livrets d'accueil et dispose de documents et fiches de procédures émanant du groupe UNIVI, - même si certaines sont encore inachevées- : bientraitance, procédure contention, distribution et administration des médicaments, protocole fin de vie, procédure évaluation de la douleur.

Les instances d'échanges sont mises en place : le CVS se réunit régulièrement et il existe une commission gériatrique.

La Mission note la présence d'un médecin coordinateur dans l'établissement et l'effort réalisé afin d'intégrer les résultats des enquêtes, évaluations, plainte au plan d'action qualité 2024.

Malgré ces points positifs, l'analyse des documents révèle que les objectifs du CPOM 2019-2024 prolongé d'un an ne sont pas tous atteints :

En particulier, le taux d'occupation reste encore trop faible. En matière de ressources humaine, il apparaît que le nombre d'IDE et d'ASDE est insuffisant au vu du nombre de résidents accueillis et des critères définis par l'ARS Île-de-France dans le cadre de la contractualisation du CPOM. Le manque de personnel infirmier et l'instabilité des effectifs aides-soignants relevée dans les plannings transmis ne permettent pas de garantir une prise en charge optimale et garantissant la sécurité des résidents. Un glissement de tâche vers les auxiliaires de vie est également constaté. Le nombre de contrats de courte durée d'AS montre une instabilité de ce personnel. Le recrutement d'IDE et la stabilité du personnel soignant doit progresser pour permettre la continuité dans la prise en charge des résidents.

Les projets personnalisés des résidents ne sont pas tous réévalués annuellement.

D'autres points à améliorer ont été relevés par la Mission :

- Le plan bleu de l'établissement est incomplet,
- En matière de bientraitance, la formation devra être étendue à l'ensemble du personnel comme le prévoit le plan de développement des compétences 2025,
- L'établissement doit déclarer aux autorités de contrôle l'ensemble des dysfonctionnements et événements relevant de l'arrêté du 28/12/2016.

A la lumière de ces constats, la Mission encourage l'établissement et le gestionnaire à prendre les mesures correctives adéquates dans les plus brefs délais notamment pour le recrutement de personnels soignants pour stabiliser les équipes de l'EHPAD et permettre d'offrir aux résidents une prise en charge sécurisante et de qualité.

Paris, le 27 octobre 2025.

Inspectrice de l'action sanitaire et sociale,
Agence Régionale de Santé Île-de-France,
Délégation départementale de Paris

Dahlia ELENGA



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

Frédéric MUSSO



50/57

Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



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

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

Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'autonomie
Affaire suivie par : Florence Pekar

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : Dalhia Elenga

Madame Florence PEKAR, coordonnatrice de la mission de contrôle, chargé du contrôle des ESMS parisiens, Sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

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

Madame Béatrice Légar, chargée de mission, Délégation départementale de Paris, ARS Île-de-France

Paris, le 6 décembre 2024

Mesdames,

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

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

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur pièces de l'EHPAD Les Arelles (FINESS géographique 750814949) situé au 8-10 rue des Panoyaux, 75020 Paris, géré par OMEGA Age Gestion (Groupe UNIVI), qui sera mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

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

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

94/95 Quai de la Rapée
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

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

- Madame Delhia ELENGA, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France
- Madame Béatrice LEGAT, chargée de mission, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Le contrôle, sur pièces, sera réalisé à compter du vendredi 6 décembre 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 d'un mois à compter de la réception des documents demandés. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention du contrôlé. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet le cas échéant d'une procédure contradictoire en application de l'article L.121-1 du code des relations entre le public et l'administration. Nous notifierons les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

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

Pour le Directeur général de l'Agence régionale
de santé d'Île-de-France et, par délégation,
Le Directeur de la délégation départementale
de Paris

Tanguy BODIN

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

Delphine CAZOR

Annexe 2 : Lettre de mission modificative



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



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

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

Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'autonomie
Affaire suivie par Frédéric Musso

Agence Régionale de Santé Île-de-France
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par Conrad Lajusticia

Directeur
EHPAD Les Airelles
OMEG'Age Gestion

Paris, le 25 AOÛT 2025

Monsieur le Directeur,

Le 6 décembre 2024, votre établissement « Les Airelles » (N° FINESS 750814949), situé au 8-10 rue des Panoyaux, 75020 Paris, géré par OMEG'Age Gestion (Groupe UNIV), a fait l'objet d'un contrôle sur pièces, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13, V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants ainsi que sur le fondement des articles L.1421-1 et L.1435-7 du Code de la santé publique, mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

Ainsi, la mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tel : 01 44 02 80 00
Espace Santé Île-de-France

94/96 Cours de la République
75012 Paris
Tel : 01 42 47 77 77
paris.fr

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

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

Les dispositions prévues par la lettre de mission du 6 décembre 2024 restent inchangées. Le présent courrier sera annexé au rapport qui vous sera transmis.

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

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

Pour la Maire de Paris et par délégation,

La Directrice adjointe de la Délégation départementale de
Paris

Esther LEPAICHEUX

Isabelle BILGER

Annexe 3 : Liste des documents demandés

1	Liste nominative des résidents admis à la date du contrôle avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance, leur date d'entrée, la date du dernier PAI, le bénéfice éventuel de l'aide sociale, le type de la protection juridique éventuelle (Excel)	Oui
2	Grilles de suivi des taux d'occupation et nombre de journées réalisées pour chaque activité (hébergement permanent, hébergement temporaire, PASA et UHR) pour l'année N-1 et le jour du contrôle	Non concerné
3	Projet spécifique du PASA	Non concerné
4	Dernier programme d'activités du PASA	Non concerné
5	Le projet spécifique d'hébergement temporaire	Non concerné
6	Règlement de fonctionnement	Oui
7	Plan des locaux de l'établissement	Oui
8	Projet d'établissement	Oui
9	Plan bleu	Oui
10	Organigramme	Oui
11	Diplôme du directeur de l'EHPAD	Oui
12	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD	Oui
13	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	Oui
14	Procédures et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)	
15	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois	Oui
16	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	Oui
17	IDEC : Contrat de travail, Fiche de poste ou feuille de route, Diplôme d'IDE et de Cadre de santé, Inscription à l'ordre des infirmiers	Oui sauf inscrip° ordre des infirmiers

18	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, bulletin de salaire	Oui
19	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS	Oui
20	Les comptes rendus des CVS N et N-1	Oui
21	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation (PACQ)	Plan d'action qualité 2024
22	Dernière évaluation externe	Oui
23	Dernière évaluation interne	Oui
24	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2	Oui
25	Registre des plaintes et réclamations	Oui
26	Les trois dernières réclamations et leur traitement	Oui
27	Procédure de gestion des événements indésirables	non
28	Procédure de déclaration externe des dysfonctionnements graves	non
29	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les deux derniers EIG	non
30	Registre du personnel N-1 & N-2	Oui
31	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	Oui
32	Plan de développement des compétences (formation) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1	Oui
33	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)	Oui
34	Tableau du personnel des unités PASA ou UHR (excel)	Non concerné
35	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit	Oui
36	Une fiche de tâches horaires, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AMP, AES, ASG, IDE	Oui
37	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	Oui
38	Procédure d'admission des résidents	Oui
39	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)	Oui
40	Relevé des pesées et des IMC pour chaque résident accueillis dans la structure en année N-1 (Excel)	Oui
41	Les 2 derniers CR et feuilles d'émargement de la commission de coordination gériatrique	Oui
42	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	Oui
43	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (Excel disponible sur Collecte Pro)	Oui
44	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)	Oui
45	Livret d'accueil du résident	Oui
46	Contrat de séjour d'un résident et ses annexes	Oui
47	Procédure relative aux contentions	Oui
48	RAMA	Oui
49	Convention pharmacie EHPAD	Oui
50	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	Oui
51	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	Oui
52	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	Oui
53	Le planning des intervenants paramédicaux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) : avec indication pour chaque professionnel de son identité, sa qualification, le nombre de résidents pris en charge sur le trimestre t-1	Oui



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



94-96 quai de la Rapée
75012 Paris Tel : 01 43 47 77 77
Paris.fr

