

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
« Arthur GROUSSIER »
6, avenue Marx Dormoy, 93140 BONDY
N° FINESS 930700315**

**RAPPORT DE CONTRÔLE
N° 2023_IDF_00232
Contrôle sur pièces du 09/05/2023**

Mission conduite par

- Madame Christel ROUGY, coordinatrice de la mission, ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile de France
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de mission Secteur Personnes Agées, ARS/Délégation Départementale de Paris, ARS Ile de France
- Madame Firyel ABDELJAOUAD, chargée du contrôle 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
- Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile de France
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile de France
- Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure du génie sanitaire, responsable du Pôle santé environnement, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile de France
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile de France

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	6
Contexte de la mission de contrôle.....	6
Modalités de mise en œuvre	6
Présentation de l'établissement	7
Constats.....	9
Gouvernance	10
Conformité aux conditions de l'autorisation	10
Management et Stratégie.....	10
Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS)	12
Gestion de la qualité.....	13
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	15
Fonctions support.....	18
Gestion des ressources humaines	18
Prises en charge.....	24
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	24
Respect des droits des personnes	26
Coordination avec les autres secteurs.....	29
Récapitulatif des écarts et des remarques	30
Conclusion	37
Glossaire.....	39
Annexes	40
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	40
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	41

Synthèse

<u>Données générales sur l'établissement</u>			
Nom	Arthur GROUSSIÉ	Capacité hébergement permanent	164 ¹
Adresse	6, avenue Marx Dormoy	Places habilités aide sociale	164
Ville	93140 BONDY	Présence d'une UVP	OUI avant les travaux en cours
Gestionnaire	Centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP)	Places en UHR	0
Statut juridique	Public	Places en PASA	0
L'établissement a signé une convention tripartite avec l'ARS et la Ville de Paris le 25 février 2008 Le CPOM (du CASVP) est en cours d'élaboration			
<u>Éléments déclencheurs de la mission</u>			
Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC). Ce programme s'inscrit dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer le contrôle des EHPAD parisiens. Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan, dans un calendrier prenant en compte la date prévisionnelle de signature du CPOM, l'EHPAD étant classé dans une catégorie de risque limité ne justifiant pas d'emblée d'un contrôle sur place (inspection).			
<u>Méthodologie suivie et difficultés rencontrées</u>			
Le contrôle a été réalisé le 16 mai 2023 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé le 9 mai 2023. La délégation départementale de l'ARS et la Ville de Paris ont été informées du ciblage et ont été rendues destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision. L'analyse a porté sur les constats faits uniquement sur pièces. La quasi-totalité des documents demandés a été transmise par la Direction de l'établissement et dans les délais impartis. Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et les principaux points forts et remarques ont porté sur les thématiques suivantes :			
<u>Points forts de l'établissement relevés par la mission</u>			
La fin des travaux de la grande aile, validé par la visite de conformité du 21 mars 2023. La titularisation du cadre supérieur de santé (IDE). L'embauche d'un second médecin pour seconder le MedCo. Les enquêtes annuelles de satisfaction sont réalisées et un registre des plaintes est en place. Une culture du RETEX des événements indésirables est en place dans l'établissement. Des formations internes sur la dénutrition, hygiène bucco-dentaire, prise de constantes, lutte contre les chutes, gestion de la douleur, prévention de la déshydratation, troubles de la déglutition ont été dispensées en 2022. La présence de personnel qualifié (IDE et AS) est assurée la nuit et le WE. Le contrat de séjour est complet et mentionne en particulier les personnes de confiance et la possibilité de donner des directives anticipées. Le protocole de délégation des médicaments est complet et il explicite en particulier les cas où les AS peuvent à l'aide à la prise de médicaments. Chaque résident a eu au moins une évaluation de la douleur en 2023. Prise en charge de la dénutrition : les résidents sont bien pesés tous les mois, le CLAN se réunit une fois par an. Une kinésithérapeute est présente tous les jours de la semaine.			
Principaux écarts et remarques constatés par la mission			
▪ Le projet d'établissement est caduc.			

¹ Des travaux de rénovation sont en cours de réalisation et devraient s'achever cette année (2023). Ces travaux ramèneront le nombre d'hébergement permanent de l'établissement de 204 à 164.

- A part la prévision d'actions pour la canicule, l'établissement n'a pas rédigé de plan bleu.
- Le CVS n'est pas informé des dysfonctionnements et événements graves et des mesures correctives et préventives envisagées.
- L'évaluation externe date d'il y a plus de 5 ans.
- La procédure de signalement des événements indésirables et des événements indésirables graves ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République.
- Le classement d'EIG en EI.
- L'absence d'IDE pour les matins du 9 et 23 juin sur le planning fourni.
- Glissement de tâches : le personnel soignant de l'établissement dispose d'une fiche de tâches heurées commune alors que les missions qui peuvent être effectuées les personnels participant à la prise en charge des résidents ne sont pas uniques et dépendent de leur qualification.
- La commission de coordination gériatrique ne s'est réunie ni en 2022, ni en 2021.
- L'établissement ne procède pas à la mise à jour annuelle des projets personnalisés, ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge individualisée.
- Le temps de réponse aux appels malades n'est ni mesuré ni suivi.
- La fiche récapitulative du dossier technique amiante de l'ensemble de l'établissement n'a pas été transmise.
- Aucune convention de collecte des DASRI n'a été transmise.
- Les analyses de légionelles, comprenant l'ensemble des points de surveillance, ainsi que le suivi du plan d'actions suite à dépassement en légionelles n'ont pas été effectués selon l'arrêté du 1er Février 2010.

Introduction

Contexte de la mission de contrôle

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

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

Ce programme s'inscrit dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer le contrôle des EHPAD parisiens.

Les informations connues par l'ARS et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription de l'EHPAD «Arthur GROUSSIER», situé au 6, avenue Marx Dormoy, 93140 BONDY FINESS n°930700315, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

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

- Prioritaires pour la signature du CPOM,
- Et classés dans une catégorie de risque faible, ne justifiant pas d'emblée d'un contrôle sur place (inspection).

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

GOVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines (RH)

PRISE EN CHARGE

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

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 16 mai 2023, avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 9 mai 2023. Un e-mail a été transmis à la direction le 9 mai 2023 auquel étaient joints :

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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 6, avenue Marx Dormoy, 93140 BONDY, l'EHPAD Arthur GROUSSIÉ est géré par le Centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP) dont le siège social se situe au 5 boulevard Diderot dans le 12^{ème} arrondissement de Paris.

L'EHPAD Arthur GROUSSIÉ a été créé le 01 septembre 1967 par l'Assistance Publique de Paris. En 1969, l'ensemble immobilier de Bondy devenu Maison d'Accueil pour Personnes Agées (M.A.P.A.) puis Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D) de la Ville de Paris a été rattaché au Bureau d'Aide Sociale (qui deviendra le Centre d'Action Sociale) de la Ville de Paris.

L'établissement comprenait à son ouverture 297 lits pour personnes âgées valides. A la suite des travaux d'adaptation effectués entre octobre 1984 et janvier 1987, la capacité d'accueil de la structure a ainsi été ramenée à 204 lits (166 chambres individuelles et 19 chambres de couple). De nouveaux travaux de rénovation sont en cours qui ramèneront la capacité d'accueil de l'établissement à 164 places. Les travaux devraient s'achever cette année (2023).

L'EHPAD a été retenu par l'ARS pour l'expérimentation de la création de lits d'hébergements temporaires après hospitalisation (HTSH).

L'EHPAD est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour la totalité de ces places (164 après la finalisation des travaux en cours).

78 résidents étaient accueillis au moment du contrôle. Ils étaient répartis comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
Arthur GROUSSIÉ 2023					
IDF ² 2021	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Le budget de fonctionnement en 2022 est de 7 549 964,13 € en 2022, dont 3 335 020 € au titre de l'hébergement, 460 715 € au titre de la dépendance, et 3 754 229,13 € au titre du soin.

Une convention tripartite a été signée le 25 février 2008.

Un CPOM au niveau du CASVP en cours de négociation.

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	Arthur GROUSSIÉ		
Nom de l'organisme gestionnaire	CASVP		
Numéro FINESS géographique	930700315		
Numéro FINESS juridique	750720583		
Statut juridique	Public		
Option tarifaire	Tarif global		
Pharmacie à usage interne (PUI)	PUI du CASVP		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ³	164 à la finalisation des travaux en cours	78
	HT ⁴	0	
	UVP ⁵	15 (1 ^{er} étage)	
	PASA ⁶	0	
	UHR ⁷	0	
	UPHV ⁸	0	
	AJ ⁹	0	
	AN ¹⁰	0	
	PFR ¹¹	0	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	164		

³ Hébergement permanent

⁴ Hébergement temporaire

⁵ Unité de vie protégée / unité protégée

⁶ Pôle d'activité et de soins adaptés

⁷ Unité d'hébergement renforcée

⁸ Unité pour personnes âgées vieillissantes

⁹ Accueil de jour

¹⁰ Accueil de nuit

¹¹ Plateformes d'accompagnement et de répit

Constats

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

Ecart : noté « E » : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire ; Remarque : noté « R » : non-conformité par rapport à une recommandation de bonne pratique et/ou à un standard référencé
--

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Conformité aux conditions d'autorisation	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.1.1.2	L'EHPAD « Arthur GROUSSIER » est en cours de restructuration. Constitué de deux ailes, il accueillait avant travaux sur chaque ailes 138 et 66 résidents. Par arrêté conjoint de l'ARS et de la Ville de Paris, en date du 12 juin 2023, il a été autorisé à réduire sa capacité à 164 lits. La grande aile a été réduite à 112 lits et la petite aile à 52. La grande aile a ré-ouvert en mars 2023 et a accueilli dès le 27 mars les résidents de la petite aile dont les travaux ont débuté pendant le présent contrôle. La commission de sécurité a émis un avis favorable en date du 16 mars 2023. La visite de conformité a eu lieu le 21 mars 2023. L'EHPAD compte au jour du contrôle 78 résidents. De fait il est prévu une augmentation progressive du taux d'occupation de la grande aile tout au long de l'année 2023 : au premier avril 2023, l'établissement avait prévu d'accueillir 76 résidents, au premier mai 86. Le taux d'occupation par rapport à l'attendu était de 90,7%. Cependant l'ouverture de la grande aile a eu lieu le 27 mars, alors qu'elle était prévue début mars 2023. Répartition des résidents en fonction du GIR Au 16 mai 2023, [] % des résidents ont un GIR 1, 2 ou 3. [] % ont un GIR 1 ou 2. L'EHPAD n'accueille pas de résident ayant un GIR 5 ou 6. Ces proportions sont conformes à la réglementation en vigueur.		

Management et Stratégie

N°IGAS	Le règlement de fonctionnement	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement : Le règlement de fonctionnement transmis par l'établissement est un document rédigé pour l'ensemble des établissements du CASVP. Il ne prend pas en compte les spécificités de chaque établissement. Il n'est pas daté et ne mentionne pas dans son préambule les dates de présentation au comité technique, au conseil d'administration du CASVP et au CVS de l'établissement. Or, le règlement de fonctionnement a été adopté par le Conseil d'administration du CASVP le 18 octobre 2019, après présentation au Comité technique pour avis le 7 octobre.		
1.2.1.2	Le contenu du règlement de fonctionnement Le règlement de fonctionnement comporte l'ensemble des rubriques attendues. Cependant, du fait qu'il porte sur l'ensemble des établissements du CASVP, il ne précise pas l'organisation de la vie en collectivité, notamment les heures des repas, le rythme des animations, les heures d'ouverture de l'établissement aux visites. Il renvoie pour cela soit au contrat de séjour soit au livret d'accueil.	Écart 1 : Le règlement de fonctionnement n'étant pas spécifique à l'établissement, il n'indique pas les conditions d'accès et l'utilisation des locaux à usage collectif, ce qui contrevient à l'article R.311-35 du CASF.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.4	Le projet d'établissement : Le projet d'établissement fourni couvre la période 2014-2018. Il est caduc depuis 5 ans. Le contenu du projet d'établissement Le contenu du projet d'établissement transmis pour la période 2014-2018 est conforme à la réglementation. Il a été établi en veillant à la participation du personnel selon une méthodologie de projet (comité de pilotage, et groupes de travail sur la base d'un diagnostic effectué avec le personnel. Il fait référence aux bonnes pratiques. Il contient : Un projet de vie (qui inclut l'admission, le respect des droits et libertés des résidents, le projet de vie personnalisé, le projet d'animation, l'accompagnement de fin de vie, la promotion de la bientraitance). Un projet de soins (qui prend en compte l'organisation des soins, la prévention et la prise en charge des personnes désorientées, la prise en charge des médicaments, la prise en charge des troubles psychologiques, la prise en charge des personnes précaires). Un projet hôtelier (qui porte sur la restauration, le circuit du linge, l'entretien et l'hygiène des locaux, le cadre de vie). Une démarche d'amélioration continue de la qualité. Un projet social et managérial (qui inclut la gestion des emplois et des compétences, un soutien aux cadres, la prévention des risques, l'organisation du travail y compris en mode dégradé, la lutte contre l'absentéisme, la formation, le système d'information). Pour chaque thème, après la présentation de l'état des lieux, des objectifs sont posés, des actions à mettre en œuvre avec pour chaque action un calendrier, un pilote et des indicateurs d'évaluation de la mise en œuvre.	Écart 2 : Le projet d'établissement est caduc, ce qui contrevient à l'article L.311-8 du CASF.
1.2.1.5	Le plan bleu : L'établissement a fourni le plan bleu type du CASVP : Il n'est pas daté, ni renseigné, ni adapté à l'établissement. Il aborde différentes situations exceptionnelles : canicule, coupure de l'alimentation et eau potable, légionellose, épidémie grippale, incendie, inondation, panne d'énergie, panne du système de sécurité incendie, le confinement. Il aborde l'organisation de l'évacuation mais cette partie n'est pas renseignée. Il décrit la gestion des décès en grand nombre. Pour chaque situation exceptionnelle des actions de prévention sont prévues (mais renseignées uniquement pour la canicule, la coupure d'eau, légionnelle) et des actions à mettre en œuvre lors du déclenchement de la crise sont listées. Le plan bleu n'est pas fondé sur une analyse des risques auxquels l'établissement est exposé en propre ni mis à jour au regard des crises survenues depuis 2020. Il comporte 7 annexes non renseignées et notamment les procédures et protocoles internes à l'établissement en lien avec les situations abordées. Une seule procédure intitulée « Plan bleu 2022 » a été transmise : elle porte exclusivement sur les mesures à prendre en cas de canicule et concerne l'établissement. Les dispositions et protocoles mis en œuvre en cas de déclenchement du plan canicule ont également été transmis.	Écart 3 : L'établissement n'a pas rédigé de plan bleu conformément à l'instruction interministérielle N° DGS/SS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
1.2.2.1 1.2.2.7	La direction de l'établissement : La directrice de l'établissement occupe le poste de directrice de l'EHPAD Arthur GROUSSIER depuis le 1er mai 2020. Elle est secondée dans ses fonctions par un adjoint à compétence administrative et par un adjoint à compétence « soins » qui est cadre supérieur de santé. L'organigramme transmis à la mission de contrôle présente les différentes équipes avec la mention des postes budgétés. Il ne présente pas explicitement les liens hiérarchiques et fonctionnels.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.2.6 1.2.2.7	La directrice de l'établissement : La directrice de l'établissement est titulaire d'un [REDACTED] et d'un [REDACTED]. Elle détient une fiche de poste conforme à la réglementation. L'arrêté de délégation de signature de la Maire de Paris est conforme.	
1.2.2.8	Les astreintes : Les astreintes se répartissent entre la directrice de l'établissement et ses deux adjointes. Ils assurent chacun une à deux semaines d'astreinte par mois (jamais consécutives selon le planning 2023 transmis à la mission de contrôle). Selon la note encadrant la rémunération des astreintes, des astreintes techniques sont organisées. Le planning de celles-ci n'a pas été transmises à la mission de contrôle.	
1.2.2.12	Le cadre supérieur de santé : L'adjoint à la directrice à compétence « soins » est cadre supérieur de santé. Il a été admis à ce grade le [REDACTED]. Il a été titularisé à ce grade au [REDACTED]. Il est titulaire du diplôme [REDACTED] et du diplôme [REDACTED]. L'inscription au fichier ADELI n'a pas été transmise à la mission de contrôle.	
1.2.2.14 1.2.2.15	Le médecin coordonnateur (MedCo) : Au jour de l'inspection, la MedCo est titulaire d'un diplôme [REDACTED]. Son employeur a accepté la prise en charge de diplôme [REDACTED]. Elle a signé un [REDACTED]. Selon son contrat de travail, elle exerce comme MedCo au sein de l'EHPAD Arthur GROUSSIER à raison de [REDACTED]. Or la capacité théorique de l'établissement pour l'année 2023 est de 112 résidents et devrait être de 164 résidents à la fin des travaux. La quotité de travail du MedCo est de 0,2 ETP, ce qui contrevient à l'article D.312-156 du CASF. La fiche de paie du MedCo mentionne une quotité de travail de [REDACTED]% ce qui ne correspond pas à son contrat de travail. Dans l'organigramme transmis par l'établissement, il est fait mention de 2,2 ETP budgétés. La présence d'un autre médecin à raison de [REDACTED] ETP est mentionnée. Le projet d'établissement mentionne la présence de deux médecins salariés. Les missions du second médecin ne sont pas définies. Le RAMA 2022 précise qu'il est présent à raison [REDACTED] ETP ([REDACTED]) sur l'établissement, qu'il donne son avis pour les admissions, qu'il peut réaliser certaines visites de pré-admission et qu'il collabora à l'élaboration et à la mise à jour des protocoles de l'EHPAD.	Ecart 4 : La quotité de travail du MedCo n'est pas conforme aux dispositions de l'article D.312-156 du CASF. Remarque 1 : La quotité de travail du MedCo indiquée sur la fiche de paie du mois d'avril n'est pas conforme à la quotité de travail indiquée sur le contrat de travail. Remarque 2 : La quotité de travail, les missions et tâches du médecin traitant salarié présent sur la structure ne sont pas définies.

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.3.3.1	Le Conseil de la vie sociale (CVS) : Le règlement intérieur du CVS a été revu en 2022 et a été approuvé par le CVS lors de la séance du 4 avril 2022. La composition du CVS et le règlement intérieur n'ont pas été mis à jour suite à la publication du décret 2022-731 du 27 avril 2022 entré en vigueur au 1er janvier	Ecart 5 : Le règlement intérieur du CVS et sa composition ne sont plus conformes à la réglementation entrée en vigueur le 1er janvier 2023. (D311-4 à D311-20 CASF, Nouvelle

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	2023. Cependant, lors de la séance d'avril 2023, les représentants d'usagers et le médecin coordonnateur ont été conviés. Des élections ont été organisées à la fin du mois de mai 2023. Les questions diverses sont l'occasion d'un échange entre représentants des résidents, des familles et la direction de l'établissement sur la restauration, le circuit du linge, les animations, l'absence de bénévoles, les agents présents la nuit, le temps des toilettes, etc. La direction demande l'avis du CVS sur des projets d'achats lors de la séance d'octobre 2022. Le projet d'établissement s'est donné comme objectif d'améliorer la participation de résidents aux scrutins. Cet objectif ne peut être évalué faute de suivi du plan d'action. Par ailleurs, afin de faciliter la participation des résidents élus au CVS, le règlement intérieur prévoit une disposition permettant aux résidents d'être accompagnés d'une tierce personne en cas de besoin. Le CVS s'est tenu trois fois en 2022 : en avril, en juillet et en octobre. La première séance de 2023 a également été transmise (en date du 20 avril 2023).	Constat E/R : réglementation du CVS : entrée en vigueur au 1er janvier 2023 de l'article 1 du Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 qui modifie l'ensemble de la réglementation juridique du CVS).
1.3.3.2	L'information du CVS : Les résultats de l'enquête de satisfaction 2021 ont été analysés en séance du 4 avril 2022. Ni les plaintes ni les événements indésirables, ni les EIG ne font l'objet de bilans présentés au CVS.	Ecart 6 : Le CVS n'est pas informé des dysfonctionnements et événements graves et des mesures correctives et préventives envisagées, ce qui contrevient à l'article R.331-10 du CASF.

Gestion de la qualité

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.4.1.7	La démarche d'amélioration continue de la qualité : Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) n'a pas été fourni. Cependant, le DARI 2022 a été fourni. De plus, le projet d'établissement (2014-2018) contient un plan d'amélioration continue de la qualité : construit à partir de l'évaluation interne de 2013, il définit des actions d'amélioration et pose des échéances et des indicateurs de l'avancée de la mise en œuvre de chaque action. Il évoque l'existence d'un comité de pilotage qualité dont la composition et le rôle ne sont pas précisés. Il ne met pas en lien l'élaboration d'un plan global d'amélioration de la qualité avec le DUERP mais ne le met pas explicitement en lien avec les actions du projet d'établissement. De plus, le plan d'actions du projet d'établissement ne fait pas l'objet d'un suivi depuis 2014.	Remarque 3 : Le PACQ (inclus dans le projet d'établissement) n'a été ni, mis à jour ni suivi depuis son élaboration.
1.4.2.1	Les évaluations interne et externe : Le rapport d'évaluation interne en date de 2018 a été fourni par l'établissement. Le rapport d'évaluation externe est de 2014, par conséquent il date d'il y a plus de 5 ans.	Ecart 7 : L'évaluation externe date d'il y a plus de 5 ans, ce qui contrevient à l'article D312-204 CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	La promotion de la bientraitance : La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est présentée dans le projet d'établissement. Elle place au centre la question de la formation du personnel. Le projet d'établissement se donnait plusieurs objectifs opérationnels : ✓ La mise en place de réunions institutionnelles ✓ La mise en place d'une procédure de signalement de faits de maltraitance ✓ L'organisation de formations sur la bientraitance, la prévention de la maltraitance, et les droits du résident avec un objectif posé : 20% de personnes concernées formées par an ✓ La mise en place d'un comité éthique au niveau de l'établissement Ces actions devaient intégrer le programme d'amélioration de la qualité, mais aucun plan de suivi global des actions mises en œuvre n'a été transmis. Aucun document transmis ne permet d'attester que cette politique a été mise en œuvre au sein de l'établissement.	Remarque 4 : L'établissement n'a pas transmis de feuille d'émargement confirmant que ces formations sur le thème de la bientraitance ont eu lieu.
1.4.3.1	Si la politique de promotion de la bientraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil, celui-ci mentionne cependant l'importance du consentement du résident et les recours possibles (voir plus bas p.26 l'analyse du livret d'accueil). Le document intitulé « plan de formation 2022 demandes individuelles » illustre que 5 agents étaient programmés pour suivre la formation « Bientraitance » (4 l'auraient suivie¹²), ce qui est correspond à 6% des effectifs de l'EH PAD, ce qui est insuffisant pour maintenir une culture de la bientraitance au sein de l'établissement. A cela s'ajoutent quelques thèmes qui permettent de diffuser cette culture : le simulateur de vieillissement, situation d'agressivité avec une personne âgée, la prise en charge de l'adulte âgé souffrant de maladies psychiatriques, Accueillir et prendre en charge des personnes âgées issues de la grande précarité ; ce qui porte le nombre d'agents ayant pu être sensibilisés à la bientraitance à 19, soit 22%. Le plan de formation (prévisionnel) de 2023 ne prévoit que deux aides-soignants suivant la formation « Bientraitance » soit moins de 3% de l'effectif. Il prévoit les mêmes formations qu'en 2022 portant sur des thèmes qui permettent de diffuser la culture de la bientraitance, auxquels s'ajoutent la gestion de conflit, « approche des différentes cultures des bénéficiaires » « les troubles du comportement chez la personne âgée : comment les prévenir et comment les gérer ». L'ensemble de ces formations portent à 27 les agents susceptibles d'être sensibilisés à la bientraitance, soit 32 % de l'effectif. Aucune analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur n'est mise en place.	Remarque 5 : Aucune analyse des pratiques professionnelles n'est mise en place. Remarque 6 : La formalisation de la politique de promotion de la bientraitance est insuffisante, du fait de l'absence de suivi des actions mises en place, et l'absence de procédure de signalement de faits de maltraitance.
1.4.3.2 1.4.3.3	Les situations de violences : Aucune mention n'est faite d'une procédure abordant les situations de violence, qu'il s'agisse d'agressions, de violence ou de harcèlement sexuel. Aucune procédure particulière n'est formalisée pour prendre en charge et accompagner ces actes de violences.	Remarque 7 : La procédure de signalement des événements indésirables et des événements indésirables graves ne mentionne pas les situations de violence, et notamment les situations de harcèlement sexuel et d'agression.

¹² L'établissement n'a pas fourni les attestations de présence à aux formations, mais le tableau 2022 comprend la lettre E devant certains agents : E comme « excusé ».

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	La procédure de signalement d'un événement indésirable, d'un événement indésirable grave ou d'une plainte, mise à jour en mars 2022, ne mentionne pas les situations de maltraitance et les comportements violents, et ne précise pas l'obligation de déclaration des situations de violences, de harcèlement sexuels, d'agression, et de maltraitance à l'autorité judiciaire (Procureur de la République). Une charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables est annexée cette procédure. Elle rappelle l'obligation pour tout témoin de signaler un EI ou un EIG et précise que le professionnel signalant ne sera pas sanctionné tant qu'il n'a pas manqué délibérément aux règles de sécurité ou aux bonnes pratiques professionnelles. La mission note que les listes des événements indésirables 2022 et 2023 transmises ne font état d'aucune situation de maltraitance. Cette absence peut questionner sur la culture du repérage des actes de maltraitance et la capacité à analyser ces situations. Les seuls signalements au procureur auxquels l'établissement a procédé concernent 5 demandes de placement sous protections judiciaires et un « signalement tuteur ». Le plan de formation 2022 prévoyait que 3 aides-soignantes suivaient la formation « vie affective et sexualité des personnes âgées ».	Ecart 8 : La procédure de signalement des événements indésirables et des événements indésirables graves ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République (Articles 40 du code de procédure pénale, Article 434-3 du code pénal)

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.5.1.1	Les enquêtes de satisfaction : Les questionnaires annuels de satisfaction des familles et des résidents sont enregistrés dans le logiciel AGEVAL. La mission ne peut établir que le résultat des enquêtes de satisfaction enrichissent le plan d'amélioration continue de la qualité, en l'absence de plan global retraçant l'ensemble des actions mises en œuvre sur l'établissement. Les plaintes et réclamations : Les plaintes sont prises en comptes dans la procédure « signalement EI, EIG et plaintes » transmise. Le RAMA 2022 souligne que « chaque réclamation fait l'objet d'une enquête. Les dysfonctionnements constatés permettent la mise en place d'actions correctives ». Les plaintes sont portées dans un registre manuscrit « de réclamation de satisfaction des usagers ». La dernière plainte portée sur ce registre a été transmise : elle date du 11 octobre 2022. Elle a été enregistrée sur le logiciel de soin d'après une mention manuscrite. Trois autres plaintes ont été transmises sous deux formats différents : deux plaintes en date du 10 et du 20 avril 2023 sont extraites du logiciel ; la troisième plainte est une copie de mail échangées avec la plaignante en date du 3 mai 2023. L'état de cette dernière plainte ne permet d'établir qu'une analyse complète ait été menée sur tous les éléments de plainte (linge, dentier et escarres : plusieurs éléments de la chaîne de prise en charge sont en cause). Il n'est pas fait mention dans la seconde plainte des réponses apportées à la plaignante mais l'ensemble des sujets d'insatisfaction ont été prises en compte.	Cf. remarques 3 et 4 ci-dessus.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.5.1.3	L'analyse de ces plaintes ne permet pas d'établir que les plaintes donnent lieu à réponse écrite systématique au déclarant ni que les mesures préventives, lorsqu'elles sont envisagées, sont incluses dans un plan d'action. Les procédures de déclaration des événements indésirables (EI) et des événements indésirables graves (EIG) : Une procédure de déclaration des événements indésirables, des événements indésirables graves et des plaintes a été transmise. C'est une procédure générale pour le CASVP. Cette procédure définit rapidement l'événement indésirable et réduit les événements indésirables graves aux seuls événements indésirables graves liés aux soins. Elle rappelle l'obligation de prévenir les proches, la personne de confiance et le cas échéant le tuteur du résident. Cette procédure explique les raisons de l'obligation de déclaration et pose l'obligation de mener un retour d'expérience dans les trois mois suivant tout EIG ou dysfonctionnement grave. Elle précise que le retour d'expérience a pour objectif l'amélioration continue de la qualité et doit être diffusé et expliqué aux équipes. Les plaintes reçues au niveau de services centraux seront inscrites dans le logiciel de soin par la coordinatrice des soins.	Ecart 9 : La procédure de signalement d'un événement indésirable, d'un événement indésirable grave ou d'une plainte ne propose pas une définition précise de l'événement indésirable ni de l'événement indésirable grave. Elle réduit l'EIG à l'EIGS (Articles L331-8-1 et R331-8 à 10 du CASF). Remarque 8 : Aucune formation portant sur le repérage et la distinction entre EI et EIG n'est programmée au plan de développement des compétences.
1.5.1.5 1.5.1.6	La liste des événements indésirables : L'établissement a transmis à la mission de contrôle deux tableaux des événements indésirables pour les années 2022 et 2023. Ces tableaux comportent les EI et les plaintes. Ils ne comportent pas les EIG déclarés aux autorités de tarification. Ces tableaux comportent la mention du type, de la classification, de la personne victime, et si l'EI ou la plainte est clôturé ou pas (sans mention de date de clôture). Lorsqu'il s'agit d'une plainte la colonne « classification » n'est pas renseignée, ce qui ne permet pas d'avoir une analyse globale des dysfonctionnements intervenus sur l'établissement. Ces tableaux ne comportent pas de colonnes permettant de suivre le traitement et l'analyse des EI déclarés, ils ne permettent pas une analyse complète de la manière dont l'établissement prend en compte ces EI. Selon les tableaux transmis, l'établissement a eu à connaître 2 plaintes et 7 EI en 2022 et 10 EI et 2 plaintes en 2023 (sur les 4 premiers mois de l'année), la mission note la nette progression des déclarations d'EI entre 2022 et 2023. 52% des EI sont déclarés par la direction, 33% par des infirmiers. Le RAMA 2022 souligne le peu d'événements indésirables déclarés. Ceci témoigne du fait que la culture de l'EI reste peu répandue au sein de l'établissement. Or, le plan de développement des compétences ne comporte pas de formations relatives à la classification/identification des différents EI.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	A minima, l'analyse de ces tableau établit que certains EI auraient pu ou dû être déclarés en EIG¹³ - Une erreur de posologie le 2 juin 2022 - Une panne générale des systèmes de communication le 10 octobre 2022 - L'agression physique d'une personne en janvier 2023- - Deux EI en avril et mai 2023 liés au médicament Une situation ayant fait l'objet d'un retour d'expérience en février 2023 suite à des troubles du comportement ayant entraîné la mise en danger des résidents et du personnel n'est pas été ni reportée sur le tableau des EI ni qualifiée d'EIG ni déclarée aux autorités de tutelle. Cette situation est citée dans le RAMA 2022 comme ayant fait l'objet d'un « oubli ». Concernant les EIG, l'établissement a déclaré 4 EIG en 2023 et aucun au cours des 4 premiers mois de 2023. Il a transmis les fiches de déclaration et les retours d'expérience de trois d'entre eux. Aucune situation maltraitante n'a été signalée en 2022 et en 2023. Cependant la mission s'interroge sur l'EIG en date du 19 juin 2022. En effet, une résidente a été blessée lors de la toilette, qui a été effectuée par une seule personne, au lieu des 2 soignants prévus par la procédure. On peut se demander si le fait qu'elle ait été blessée en raison du non-respect des procédures ne serait pas de la négligence Les retours d'expérience : Trois retours d'expérience ont été transmis qui ne correspondent pas aux trois derniers EIG transmis. L'un date du 27 mai 2021, le deuxième du 19 juin 2022, le troisième du 15 février 2023. Deux RETEX sur les 3 indiquent les participants. Ce sont les acteurs ou témoins de l'événement indésirable et la direction de l'établissement, mais aussi dans le cas où il s'agit d'une situation complexe, des personnes en charge du suivi du résident à l'extérieur de la structure. Le compte-rendu de retour d'expérience n'indique pas si le résident concerné a été informé de la tenue de cette réunion. Le premier RETEX porte sur une résidente qui s'est fracturé la cheville lors d'une sortie. Il mentionne qu'il doit donner lieu à un compte-rendu et à un protocole d'organisation des sorties. Le dysfonctionnement est analysé : le mini-bus prévu initialement pour la sortie n'a pas fonctionné. La sortie a donc été effectuée dans un véhicule non adapté au transport des personnes à mobilité réduite. Le RETEX analyse les risques que présentait la situation avant l'événement indésirable et définit les mesures préventives qu'il aurait fallu mettre en place pour éviter l'accident, ainsi que les suites de la prise en charge. Le RETEX analyse les risques que présentait la situation avant l'événement indésirable et de définir les mesures préventives qu'il aurait fallu mettre en place pour éviter l'accident, mais aussi les suites de la prise en charge.	Écart 10 : La classification de certains événements en EI et non en EIG est à justifier (Articles L311-8-1 et R331-8 à 10 du CASF).

¹³ Le manque de précision des indications portées sur le tableau transmis à la mission de contrôle ne permet pas d'être sûr que ces cas relèvent tous d'une obligation de déclaration.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Le deuxième RETEX concerne l'EIG a eu lieu le 19 juin 2022. Un gros hématome a été découvert au niveau du coude gauche sur une résidente. La toilette de la résidente a été effectuée par une seule personne alors que la résidente aurait normalement dû être prise en charge en binôme. En premier lieu, la chronologie des faits est retracée, puis une analyse des écarts aux bonnes pratiques est réalisée, enfin l'analyse de l'ensemble des facteurs contributifs (liés aux résidents aux tâches, au facteur humain) Des axes d'amélioration ont été proposés un plan d'action mis en œuvre avec échéancier et pilote. Le troisième RETEX concerne la décompensation psychiatrique d'un résident. Le résident a mis en danger sa sécurité ainsi que celle des autres résidents. Et a été transféré aux urgences psychiatriques. Le RETEX permet de retracer la chronologie de la dégradation du comportement du résident ; puis de lister les actions à mener avant d'envisager le retour du résident sur l'EHPAD dans de meilleures conditions de prise en charge. Ces trois retours d'expériences sont précis et complets. Ils témoignent d'une culture installée du retour d'expérience au sein de l'établissement. Cependant les mesures préventives ne sont pas intégrées dans un plan d'ensemble (cf. remarques 3 et 4 p.13).	Cf. remarques 3 et 4 ci-dessus.

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
Les effectifs : L'établissement a transmis un organigramme, en date du 12 mai 2023, ainsi qu'un tableau de suivi des effectifs réels, en date du 15 mai 2023, où sont renseignés les effectifs prévus et en poste dans l'établissement : • Au niveau des postes de direction (■ ETP, attachés) : une directrice (■ ETP), un adjoint à compétence administrative (■ ETP) et un adjoint à compétence soin (■ ETP) • Au niveau administration (■ ETP) : SLRH (■ ETP), service gestion - économat (■ ETP), un service admissions (■ ETP), un poste régie (■ ETP) • Au niveau des postes de médecin 2,2 ETP sont budgétés mais seuls un médecin coordonnateur (dont le contrat indique 0,2 ETP mais dont le tableau de suivi des effectifs indique ■ ETP) et un médecin (■ ETP) sont en poste.		

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
	• Au niveau des autres professionnels médicaux : ■ ETP psychologues (deux psychologues sont à ■ et ■ ETP sur les ■ ETP budgétés), ■ ETP pédicure (sur les ■ budgétés), ■ poste d'ergothérapeute (vacant), un dentiste partagé sur l'ensemble du CASVP. • Au niveau du personnel infirmier (■ ETP) : un cadre de santé (■ ETP budgété – poste gelé) et ■ postes d'IDE budgétés dont un vacant le matin. Actuellement sont présents : ■ ETP le matin (deux IDE à ■ ETP et une à ■ ETP), ■ ETP l'après-midi et ■ ETP le soir. • Au niveau du personnel soignant : ■ ETP d'AS/AMP (■ ETP le matin, ■ l'après-midi et ■ la nuit) dont ■ ETP sont actuellement en poste ainsi que ■ ETP ASO (■ ETP le matin et ■ l'après-midi) dont ■ ETP sont actuellement en poste. • Au niveau des services Hébergement, Maintenance, Cuisine : ■ ETP cuisine (■ ETP Agent SupEx, ■ ETP AT/ATP et ■ ETP ASO) dont ■ ETP en poste et ■ ETP absent, ■ ETP lingerie, ■ ETP animation budgétés (■ ETP AAA vacant et ■ ETP ASO) dont ■ ETP sont actuellement en poste, ■ ETP entretien magasin (■ ETP ASO), ■ ETP soins de confort (■ ETP coiffeur et ■ ETP esthétique passée à ■ ETP sur le tableau de suivi des effectifs) ainsi ■ ETP ASO en reclassement suite à la fermeture du Service Hôtelier de l'établissement. • Au niveau accueil : ■ ETP ASO budgétés – (■ ETP présents) – ■ CDD Protocole GOUIN	
2.1.1.3	Rotation du personnel et taux d'absentéisme Les chiffres de l'établissement sont : Pour la campagne 2022 : -Taux d'absentéisme : 13,02% (médiane départementale : 13,47%/régionale : 12,21%/nationale : 11,94%). -Taux de rotation du personnel : 9,42% (médiane régionale : 11,19%/régionale 13,54%/nationale : 13,54%). Pour la campagne 2021 : -Taux d'absentéisme : 11,71% (médiane départementale : 11,48%/régionale : 12,49%/nationale : 11,68%). -Taux de rotation du personnel : 4,5% (médiane départementale : 11,11%/régionale : 14,17%/nationale : 12,5%). Si les chiffres de l'établissement sont en hausse entre 2021 et 2022, le taux de rotation du personnel reste en dessous des médianes et le taux d'absentéisme n'est que légèrement supérieur aux médianes régionale et nationale.	
2.1.1.6	Le recrutement par intérim La procédure de remplacement de l'établissement mentionne le recours possible à l'intérim pour remplacer les personnels absents.	

N°/GA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.2.1	Le plan de développement des compétences : Des plans de formation pour les années 2022 et 2023 ont été transmis pour les formations collectives et individuelles. Les formations individuelles sont assurées par le « correspondant formation CASVP ». Les plans de formation 2022 font état des formations suivantes : • STR - Équipier d'évacuation (guide file et serre file) pour 12 participants • STR - Exercice d'évacuation et de mise en sécurité pour 12 participants • STR - Exercice d'évacuation et de mise en sécurité pour 12 participants • STR - M - HACCP pour 8 participants • STR - M - Manipulation d'extincteurs sur bacs à feux propres (Premier Témoin Incendie) pour 12 participants Pour les principales demandes individuelles : • PMS - La prise en charge de l'adulte âgé souffrant de maladies psychiatriques • PMS - M - Bienveillance • PMS - M - Le toucher-massage : une alternative non médicamenteuse à la prise en charge de la douleur • PMS - M - Les transmissions ciblées • PMS - M - Prise en charge de la douleur • PMS - M - Troubles du comportement chez la personne âgée : Comment les prévenir et comment les gérer • PMS - M - Vie affective et sexualité des personnes âgées • PMS - situation d'agressivité avec une personne âgée • Des formations métiers/prise en main d'outils Le RAMA 2022 fait état des formations internes dispensées : elles portent sur l'ensemble des questions gériatriques (dénutrition, hygiène bucco-dentaire, prise de constantes, lutte contre les chutes, gestion de la douleur, prévention de la déshydratation, troubles de la déglutition etc.). Il ne précise cependant pas qui les a dispensés, les personnes présentes et la durée de chaque action. Pour le plan de formations 2023 : • STR - AFGSU 2 - Formation Gestes et soins d'urgence - niveau 2 pour 12 personnes • STR - AFGSU1 - Formation Gestes et soins d'urgence - niveau 1 pour 12 personnes • 2 sessions : TR - Équipier d'évacuation (guide file et serre file) pour 13 personnes • 2 sessions : STR - M - Manipulation d'extincteurs sur bacs à feux propres (Premier Témoin Incendie) pour 12 personnes Pour les principales demandes individuelles : • PMS - ANIMATION EN UNITE DE VIE PROTEGEE • PMS - La prise en charge de l'adulte âgé souffrant de maladies psychiatriques • PMS - Le travail de nuit en EHPAD	Remarque 9 : L'établissement n'a pas transmis de documents attestant que les formations inscrites au plan de développement des compétences ont été effectuées.

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
	• MS - Les moyens de lutter contre l'isolement social • PMS - M - Le toucher-massage : une alternative non médicamenteuse à la prise en charge de la douleur • PMS - M - Les transmissions ciblées • PMS - M - Prise en charge de la douleur • PMS - M - Troubles du comportement chez la personne âgée : Comment les prévenir et comment les gérer • PMS - SITUATION D'AGRESSIVITE AVEC UNE PERSONNE ÂGÉE • Des formations de prise en main informatiques L'établissement n'a pas fourni de feuille d'émargement pour les formations dispensées. Protocole d'accueil des nouveaux professionnels Trois livrets d'accueil du nouveau personnel ont été fournis : un livret d'accueil du CASVP daté de 2021, une procédure d'accueil du nouveau personnel commune à tout le CASVP, et un livret d'accueil propre à l'établissement qui n'est pas daté. Le guide de l'établissement fournit une information complète sur l'EH PAD, son histoire, ses objectifs, ses principes structurants, une synthèse du projet d'établissement, le profil des résidents, et l'organisation du travail. Le document intitulé « procédure d'accueil du nouveau personnel » à destination des cadres propose un accompagnement sur 3 mois scindé par 3 entretiens et un rapport d'étonnement à 6 mois. Celui-ci pourrait être complété par l'accompagnement par un pair.	
2.1.2.5		Remarque 10 : L'accompagnement des nouveaux arrivants par un pair n'est pas prévu par le protocole d'accueil.
2.1.4.5	Planning et effectif présent le jour du contrôle Au jour du contrôle étaient présents : -La directrice, l'adjointe administrative pour le service économat, deux ASO lingerie et une « adjointe technique ppal. », un ASO « atelier entretien magasin », un personnel d'accueil et deux personnels indiqués comme appartenant aux services « Préfet Chaleil » et « Régie » qui ne figurent pas dans la liste des personnels fournie par l'établissement. -Le cadre supérieur de santé, un médecin, le pédicure, les deux psychologues. -Quatre IDE (deux matin, une après-midi et une de nuit) ainsi qu'un vacataire indiqué comme « présent » qui n'est pas compté. - 17 AS (huit matin, six après-midi et trois de nuit) ainsi que deux vacataires indiqués comme « présent » qui ne sont pas comptés. -Deux personnels d'animation ainsi que la socio-esthéticienne. -Six personnels de cuisine dont deux agents techniques et quatre ASO cuisine.	Ecart 11 : Aucune présence d'IDE n'est prévue pour les matins du 9 et 23 juin sur le planning fourni (Article L311-3, 1° du CASF)

N°(GA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Selon les plannings fournis par l'établissement les AS et les IDE sont réparties en trois équipes : matin, après-midi et nuit. Pour les AS matins les horaires sont 6h30-14h18 ou 7h-14h48, pour les AS après-midi les horaires sont 13h38-21h20 ou 13h18-21h, pour les AS nuit les horaires sont contenues dans le planning des IDE et sont également 21h-7h. Ces horaires sont communs aux IDE. Il apparaît dans les plannings IDE de juin 2023 que deux matins du mois n'aurait pas de présence d'IDE titulaires.	
2.1.4.2	Fiches de tâches heurées L'établissement a transmis une fiche de tâches unique pour « l'organisation des soins » qui détaille les tâches à effectuer pour l'équipe du matin, de l'après-midi et celle de nuit ainsi que l'organisation spécifique de tâches pour les équipes du matin et de l'après-midi. La fiche de tâches n'indique pas les postes concernés par les tâches indiquées, ne fait pas de distinction de tâches entre toutes les fonctions qui pourraient concourir à la réalisation des soins dans l'établissement et indique que l'organisation et la répartition de la prise en charge des résidents (pour les équipes du matin et de l'après-midi) ou la répartition de la prise en charge des unités (pour l'équipe de nuit) sont des tâches quotidiennes qui dépendent du personnel soignant présent et qui ne sont pas fixées à l'avance. La fiche de tâches fournie ne fait pas mention des personnes et numéros à contacter en cas de difficultés et situations exceptionnelles.	Remarque 11 : La fiche de tâches transmise n'indique pas les personnes à solliciter en cas de difficultés.

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Glissement de tâches	
2.1.4.4	La fiche de tâches heurées transmise par l'établissement ne fait figurer pas de distinction entre les personnels soignants et indique des tâches qui sont uniques à tous. En l'absence de renseignement sur la répartition des tâches entre les différents postes de l'équipe soignante, la mission ne peut s'assurer qu'il n'y a pas de glissement de tâches. Le tableau de suivi des effectifs réels fourni par l'établissement indique également que « les ASO non diplômés AS sont affectés à l'hébergement à 70% » ce qui indique que les ASO partagent certaines tâches avec les AS qui relèvent de la prise en charge.	Ecart 12 : Le personnel soignant de l'établissement dispose d'une fiche de tâches heurées commune alors que les missions qui peuvent être effectuées les personnels participant à la prise en charge des résidents ne sont pas uniques et dépendent de leur qualification (Articles L451-1 du CASF et L311-3, 1° du CASF).
2.1.4.7	L'établissement a transmis une procédure de remplacement contenant les consignes de travail pour les vacataires, CDD ou intérimaire AS. En cas d'absence en semaine en présence des chefs de service : le chef de service réorganise son équipe (sinon un autre cadre gère la situation) en favorisant d'abord une solution en interne (répartition entre les agents présents ou en proposant des heures supplémentaires) avant de recourir à des vacataires ou, en dernier recours, à de l'intérim. En cas d'absence en week-end ou jours fériés il faut prévenir l'astreinte administrative et l'infirmière référente répartit les soins en tenant compte des compétences des agents sur place.	
2.1.4.10	Les plannings fournis indiquent que l'équipe de nuit intervenant dans l'établissement est composée de deux IDE et de sept AS en poste. La présence de personnel diplômé est donc assurée la nuit. De même pour les week-end.	

Commentaire complémentaire

Prises en charge

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
La procédure d'admission : Les procédures fournies, non datées et validées, concernent la pré-admission puis l'admission du résident et fait la distinction entre les dossiers issus du bureau d'admission en résidences et ceux issus de toutes les autres sources. La pré-admission porte sur la réception de dossier du résident, dont la partie médicale est adressée sous pli confidentiel au MEDCO. Si ce dernier donne son accord une visite de pré-admission est programmée auquel le MEDCO participe selon ses disponibilités, les visites sont toutefois organisées autour de son emploi du temps. L'équipe pluridisciplinaire présente est alors composée du MEDCO (ou un confrère), un cadre de santé, la psychologue des résidents et un AS volontaire sur accord de son cadre de santé. À l'issue de cette visite, cette équipe rendra un avis définitif sur l'admission du résident et si celui-ci est positif décidera de la chambre à attribuer. La procédure d'admission porte sur l'organisation de la journée d'admission du résident après réception du dossier et des pièces demandées. Le personnel est informé de l'identité du résident et son numéro de chambre. Avant son arrivée le cadre hôtelier vérifie que la chambre est prête et, sur demande du cadre de santé, l'équipe soignante finalise la préparation de celle-ci. Le service animation informe les résidents de l'admission. Le jour d'entrée le personnel soignant de l'étage accueille le résident et sa famille, le responsable de la lingerie récupère le linge à marquer et le service admission valide l'arrivée dans le logiciel de l'établissement. Le service accueille et fait signer aux familles ou tuteur (s'ils sont présents) les derniers documents pour formaliser l'accueil. Évaluations pré-admission :		
3.2.1.2	La procédure d'admission ne donne pas d'informations sur l'évaluation gériatrique mais il est précisé dans le RAMA que le MEDCO évalue « la ou les pathologies principales du futur résident, son niveau de dépendance et ses besoins en terme d'accompagnement et de soins » pendant la visite de pré-admission. Aucune information supplémentaire sur la tenue d'évaluation médicale au moment de l'admission n'est rapportée. Le projet d'accompagnement personnalisé (PAP) : Une procédure d'établissement propre à l'établissement, en date du 10 octobre 2022, a été communiquée.	
3.1.3.3	Celle-ci donne l'objet et la définition du PAP et explique que c'est le comité de pilotage, composé de la directrice, du cadre supérieur de santé, du cadre de santé, du médecin et de la psychologue des résidents et des familles, qui définit le cadre institutionnel des PAP et qui les valide tout en assurant leur suivi. La procédure définit ensuite le rôle du professionnel référent (AS, AMP, ASO au chevet) qui va, avec le résident et la famille, recueillir toutes les données nécessaires à l'élaboration du PAI et en déterminer le contenu, la psychologue des résidents et des familles qui va assurer l'appui du référent et superviser l'accompagnement du résident tout en renseignant le PAI sur le logiciel métier et rédiger l'avenant au contrat. Il est également indiqué que tous les autres professionnels participent à l'élaboration au PAP, de sa conception à sa mise en œuvre. L'établissement a indiqué comme liste de participants : « La psychologue des résidents et des familles, le cadre supérieur de santé, la kinésithérapeute si elle prend en charge le résident, les infirmières, les aides-soignantes, les agents sociaux au chevet, les animatrices, la socio-esthéticienne ».	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La première partie de l'élaboration du PAP consiste en la récupération d'informations sur le résident lors de la visite de préadmission (recueil de ses habitudes de vie et alimentaires). Quelques jours après l'admission le projet de soin du résident est formalisé et dans le mois qui suit l'accueil, les informations collectées sur le résident sont affinées et ce dernier peut exprimer ses besoins et attentes. Dans les trois mois une réunion de synthèse pluridisciplinaire est programmée. Entre trois à six mois après l'admission, une rencontre entre le résident et/ou sa famille ou son représentant légal et l'équipe est organisée pour déterminer le contenu du PAP. Enfin, une rencontre a lieu tous les 3 mois entre le référent et la psychologue pour faire un point sur le PAI et si un travail d'ajustement est nécessaire. Une révision annuelle impliquant l'équipe pluridisciplinaire est prévue. La psychologue établit le calendrier des réunions d'élaboration des PAP. Chaque résident à un référent. Selon la direction, chaque référent accompagne deux résidents. Les documents transmis ne permettent pas de garantir la participation effective du résident et des familles à la réunion de synthèse. Ils ne permettent pas non plus de savoir si la mise à jour des projets personnalisés est réalisée tous les ans. Commission de coordination gériatrique :	Ecart 13 : L'établissement ne procède pas à la mise à jour annuelle des projets personnalisés, ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge individualisée, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
3.1.4.4	D'après le RAMA 2022, la commission de coordination gériatrique ne s'est pas réunie en 2022 (ni en 2021). La dernière réunion a eu lieu en 2020. Le RAMA 2022 indique deux raisons : une absence de disponibilité des différents intervenants et l'absence de locaux pendant les travaux ce qui n'a permis de réunir la commission de coordination gériatrique avec tous les partenaires habituels pour discuter de nos projets et d'évoquer notre collaboration. Néanmoins, nous maintenons une très bonne relation de travail avec tous nos partenaires par des échanges téléphoniques réguliers que nous sollicitons pour des avis ». L'intervention des professionnels médicaux : L'établissement dispose d'un seul médecin traitant qui suit ■ résidents et est présent ■ heures par semaine (■ ETP). Il indique aussi qu'un dentiste salarié et le médecin conseil du CASVP ainsi que les pharmaciens de la PUI utilisent le logiciel le logiciel de soin. Le rôle des bénévoles : Le projet d'établissement implique les bénévoles dans le projet d'animation. L'animateur est garant de leur intervention dans l'établissement : il est chargé de faire un lien entre les bénévoles et les équipes de soin., il réactualise les conventions avec les associations de bénévoles, il est chargé d'associer les bénévoles au projet d'animation. Les associations sont invitées à participer aux journal interne de l'EHPAD. Les bénévoles sont impliqués dans le projet de fin de vie du résident (Association des Soins Palliatifs) L'association France Alzheimer assure une permanence une fois par mois pour recevoir des familles. Les appels malades :	Ecart 14 : La commission de coordination gériatrique ne s'est réunie ni en 2022, ni en 2021 (Article D312-158, 3° du CASF).
3.1.4.5		
2.5.4.3	L'établissement indique que l'EHPAD est équipé d'un système d'appel-malades avec sonnerie sur bips, ne permettant pas de tracer les fréquences d'appel, d'anomalie ou les durées de réponse. Les bips soignants sonnent toutes les 10 secondes, puis si non-réponse après 5 minutes les bips IDE sonnent.	Ecart 15 : Le temps de réponse aux appels malades n'est ni mesuré ni suivi, ce qui contrevient à l'article L. 311-3 du CASF.

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.2.2.2 3.2.2.5	Le livret d'accueil : Le livret d'accueil est complet. Il présente les locaux, l'organisation de la vie quotidienne, l'organisation des soins, les dispositions prises pour la sécurité du résident, l'animation, le CVS et les moyens d'expression du résident (commission menu, enquête de satisfaction, réunions biannuelles des résidents et des familles), les différents professionnels de l'établissement. Il présente succinctement les instances de médiation existantes : le médiateur de la Ville de Paris, ainsi que le 39 77. Il ne mentionne pas la possibilité de saisir une personne qualifiée. Le contrat de séjour : Le contrat de séjour est complet. Il mentionne notamment : - le rôle de la personne de confiance - la possibilité de rédiger des directives anticipées sont mentionnées. - la procédure de saisine d'une personne qualifiée est décrite. - les prestations et les modalités de facturation sont décrites. La documentation annexée concernant la personne de confiance et les directives anticipées est précise et complète.	Remarque 12 : Le livret d'accueil ne comporte pas de mention du rôle des personnes qualifiées.
3.2.3.1	La liberté d'aller et venir : Le contrat de séjour ne fait pas mention de la possibilité qu'une annexe au contrat soit signée, en fonction de l'évolution de l'état de santé du résident, afin de mettre en place des mesures assurant la sécurité du résident et pouvant encadrer sa liberté d'aller et venir. L'établissement a fourni un protocole intitulé « La contention » daté de janvier 2019 et une procédure (informatique) de renouvellement des contentions datée d'octobre 2018. Le protocole rappelle qu'aucune décision de contention ne peut être prise sans avis médical, que le consentement du résident doit être recherché mais ne pose pas de délai de la mesure de contention. La procédure pose que la validité de la mesure est de 28 jours. Les critères d'évaluation sont limités au nombre de chutes. Le RAMA 2022 ne propose pas d'analyse chiffrée des contentions (nombre, durée...) : il mentionne que les moyens les plus utilisés sont des ridelles et des ceintures pelviennes.	Remarque 13 : Le RAMA ne propose aucune analyse chiffrée des contentions.

Soins

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.8.2.9	Le Circuit du médicament :	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'EHPAD dépend d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) du CASVP). L'établissement a fourni une procédure décrivant le circuit du médicament, en date du 18 janvier 2022. La traçabilité des prescriptions dans le logiciel de soin est assurée en consignait l'identité du prescripteur (médecin traitant ou MEDCO), celle du résident et toutes les informations relatives au traitement et son administration. Les pharmaciens reçoivent la prescription via le dossier informatique du résident pour délivrer les médicaments à date définie en mains propres à l'IDE qui doit signer un bon d'identification elle et le livreur. Les médicaments livrés sont ensuite stockés en fonction de leur type dans une armoire ou un réfrigérateur sécurisé (poste de soins fermé à clé), dans un chariot de médicaments fermé à clé (dans le poste de soin de l'étage), dans des dispositifs fermés à clé pour les médicaments « hors piluliers », dans le chariot d'urgence fermé avec un scellé numéroté. La procédure décrit également le rôle et les missions de l'IDE dans l'administration des traitements aux résidents. La délégation d'administration des médicaments par l'IDE :	
3.8.2.22	Un protocole de « collaboration IDE et AS Distribution et aide à la prise des médicaments » en date du 15 septembre 2022 a été fourni à la mission. Ce protocole définit la délégation de soin courant de la vie quotidienne de l'IDE aux AS. Ce protocole mentionne que les médicaments distribués la nuit sont préparés préalablement par l'IDE. Il explicite les cas où l'AS peut aider à la prise de médicaments, quand l'AS peut ou ne peut pas participer à l'administration de médicaments, les modalités préparatoires à la collaboration IDE/AS avec un impératif de formation. Les possibles délégations d'administration de médicament à une aide-soignant formée sont consignés dans le dossier informatisé du résident : le médecin prescripteur porte la mention « acte de la vie quotidienne » (AVQ) et les explications pratiques de la collaboration entre l'IDE et l'AS. Il est précisé que l'administration se fait toujours sous la responsabilité de l'IDE qui reste la référente vers laquelle l'AS doit assurer une information complète sur la prise du traitement et ses suites. La prise en charge de la douleur : Deux protocoles ont été transmis : l'un non daté, l'autre propre à l'établissement datant de janvier 2019 ont été fournis à la mission.	
3.8.2.24	Le protocole non daté vise la sensibilisation de toute l'équipe soignante sur la question du repérage de la douleur chez le résident. Il pose le principe d'une évaluation à l'entrée du résident et 15 jours après. Cette vigilance et la lutte contre la douleur passent par des évaluations fréquentes. Le second protocole porte plus spécifiquement sur l'évaluation de la douleur et son traitement : il détaille les types de douleurs existantes, leurs critères d'évaluation et d'identification ainsi que les facteurs de soulagement. Est également posée une liste de principe pour la prise en charge : agir le plus tôt possible, respecter et aider le patient, mettre en place une prise en charge adaptée et la réévaluer au fil du temps tout en favorisant celle qui est la moins lourde pour lui. La conduite à tenir pour le soignant est également indiquée et s'organise autour de 4 axes : évaluer, traiter, tracer, réévaluer. Les données fournies par l'établissement permettent de vérifier que chaque résident a bien eu une évaluation douleur en 2023. Les soins palliatifs :	
3.8.2.25	Une fiche portant sur « l'organisation des soins palliatifs en EHPAD », générale au CASVP et datée du 10 mars 2023 a été transmise à la mission.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Elle propose une procédure en 8 étapes : -L'identification des résidents pouvant avoir recours à ces services par les soignants les prenant en charge -Un échange pluridisciplinaire entre l'IDE, l'AS référent et le médecin traitant -Le recueil de l'avis du résident, de sa famille ou personne de confiance ainsi que des directives anticipées -L'organisation d'une réunion pluridisciplinaire entre le personnel référent et les intervenants extérieurs des soins palliatifs -La diffusion de la décision au résident, sa famille ou personne de confiance et aux équipes de l'établissement -La réévaluation de l'application à 6 mois puis un an par le PAI -L'adaptation de la classification PATHOS par le MEDCO -Le suivi annuel dans le RAMA par le MEDCO La procédure manque de contextualisation sur la démarche d'accompagnement des résidents mais aussi du personnel dans cette démarche. Le RAMA 2022 indique que « l'établissement fait appel au réseau « OCEANE ». Il n'a pas été nécessaire de faire appel à eux en 2022. » La prévention de la dénutrition :	
3.4.3.9	D'après les données fournies par l'établissement, les résidents sont bien pesés tous les mois. D'après les IMC fournis, l'état nutritionnel des résidents est globalement satisfaisant. Selon le RAMA 2022, le CLAN se réunit une fois par an.	

Relations avec l'extérieur
Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
4.2.1.2	L'intervention des personnels médicaux et paramédicaux libéraux : 3 kinésithérapeutes et une orthophonistes interviennent dans l'établissement.	Remarque 14 : Les qualifications des intervenants paramédicaux libéraux n'ont pas été transmises.

Risques environnementaux

Risques	Observations ou commentaires	Constat E/R	
AMIANTE	L'établissement a seulement transmis un rapport de fin d'intervention relatif aux travaux de désamiantage d'une aile de l'établissement daté du 16/12/2021.	Ecart 16: La fiche récapitulative du dossier technique amiante de l'ensemble de l'établissement n'a pas été transmise.	
DASRI	L'établissement a transmis un document de conventionnement du CASVP avec la centrale d'achats RESAH en charge de la gestion des déchets dont celui des déchets incluant les DASRI. Même en cas de marché public, une convention spécifique entre une structure et un collecteur doit être établie. Les bordereaux de suivi des DASRI ne sont pas correctement renseignés ; il semble s'agir des feuillets n°4 et non des feuillets n°1 attestant de l'élimination des DASRI. Par ailleurs, l'adresse de l'installation destinataire n'est pas un site d'incinération alors que ce traitement est pré-coché dans les documents CERFA. En l'absence de transmission de la convention et au vu des indications présentes sur les BSD, des incertitudes demeurent sur la fréquence de collecte, le type de collecte (avec regroupement ou non), le type de traitement des déchets (banalisation ou incinération) et le lieu de traitement.	Ecart 17: Aucune convention de collecte des DASRI n'a été transmise. Ecart 18: Les bordereaux de suivi des déchets sont incomplets (remplissage des poids, cachet et signature de l'installation destinataire...).	

Risques	Observations ou commentaires	Constat EIR	
LEGIONELLES	Les résultats d'analyse de légionelles des années 2023 et 2022 ont bien été transmis. Seuls un point d'usage et le retour de boucle ont été investigués pour l'année 2023. Pour l'année 2022, les résultats d'analyses de légionelles concernent le retour de boucle, le départ d'ECS, ainsi que plusieurs points d'usage. Au cours de l'année 2022, la présence de légionelles <i>Pneumophila (Lp)</i> a été détectée dans plusieurs chambres ($[Lp]_{max} > 750\ 000\ UFC/L$). Ces points d'usages auraient nécessité une surveillance de l'évolution des légionelles sur l'année suivante. Cependant aucun suivi n'a été observé pour 2023 (pas de déclaration de légionellose enregistrée par la cellule Eau). Pour l'année 2023, les deux points de surveillance analysés sont conformes.	Ecart 19: Les analyses de légionelles, comprenant l'ensemble des points de surveillance, n'ont pas été effectuées selon l'arrêté du 1^{er} Février 2010. Ecart 20: Le suivi du plan d'action en cas de dépassement des concentrations réglementaires en légionelles n'inclue pas de recontrôle des points d'usage après traitements du réseau d'ECS ce qui contrevient à l'arrêté du 1^{er} Février 2010.	
EAU CHAUDE SANITAIRE	Pour l'année 2022, les analyses de températures montrent des températures supérieures à 50°C sur plusieurs points de prélèvement	Ecart 21: Les analyses de températures montrent des températures supérieures à 50°C sur plusieurs points de prélèvement ce qui contrevient à l'arrêté du 30 novembre 2005	

Récapitulatif des écarts et des remarques

Nbre	Référence	Ecart
E1	1.2.1.2 – Conformité aux conditions d'autorisation	Le règlement de fonctionnement n'étant pas spécifique à l'établissement, il n'indique pas les conditions d'accès et l'utilisation des locaux à usage collectif, ce qui contrevient à l'article R.311-35 du CASF.
E2	1.2.1.4 – Management et stratégie	Le projet d'établissement est caduc, ce qui contrevient à l'article L.311-8 du CASF.
E3	1.2.1.6 – Management et stratégie	L'établissement n'a pas rédigé de plan bleu conformément à l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
E4	1.2.2.14/1.2.2.15 – Management et stratégie	La qualité de travail du MedCo n'est pas conforme aux dispositions de l'article D.312-156 du CASF.
E5	1.3.3.1 – Animation et fonctionnement des instances	Le règlement intérieur du CVS et sa composition ne sont plus conformes à la réglementation entrée en vigueur le 1er janvier 2023 (D311-4 à D311-20 CASF). L'article 1 du Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 qui modifie l'ensemble de la réglementation juridique du CVS.
E6	1.3.3.2 – Animation et fonctionnement des instances	Le CVS n'est pas informé des dysfonctionnements et événements graves et des mesures correctives et préventives envisagées, ce qui contrevient à l'article R.331-10 du CASF.
E7	1.4.2.1 – Gestion de la qualité	L'évaluation externe date d'il y a plus de 5 ans, ce qui contrevient à l'article D312-204 CASF.
E8	1.4.3.2 – Gestion de la qualité 1.5.1.3 – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	La procédure de signalement des événements indésirables et des événements indésirables graves ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République, ce qui contrevient à l'article 40 et l'article 434-3 du code pénal.
E9	1.5.9.3 – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	La procédure de signalement d'un événement indésirable, d'un événement indésirable grave ou d'une plainte ne propose pas une définition précise de l'événement indésirable ni de l'événement indésirable grave. Elle réduit l'EIG à l'EIGS, ce qui contrevient aux articles L331-8-1 et R331-8 à 10 du CASF.
E10	1.5.1.5 / 1.5.1.6 – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	La classification de certains événements en EI et non en EIG est à justifier, ce qui contrevient aux articles L311-8-1 et R331-8 à 10 du CASF.

E11	2.1.4.5 – Gestion des ressources humaines	Aucune présence d'IDE n'est prévue pour les matins du 9 et 23 juin sur le planning fourni, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.
E12	2.1.4.4 – Gestion des ressources humaines	Le personnel soignant de l'établissement dispose d'une fiche de tâches hebdomadaires communes alors que les missions qui peuvent être effectuées les personnels participant à la prise en charge des résidents ne sont pas uniques et dépendent de leur qualification, ce qui contrevient aux articles L451-1 et L311-3, 1° du CASF.
E13	3.1.3.3 – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	L'établissement ne procède pas à la mise à jour annuelle des projets personnalisés, ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge individualisée, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
E14	3.1.4.4 – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La commission de coordination gériatrique ne s'est réunie ni en 2022, ni en 2021 (Article D312-158, 3° du CASF).
E15	2.5.4.3 – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Le temps de réponse aux appels malades n'est ni mesuré ni suivi, ce qui contrevient à l'article L. 311-3 du CASF.
E16	Risques Environnementaux - Amiante	La fiche récapitulative du dossier technique amiante de l'ensemble de l'établissement n'a pas été transmise.
E17	Risques Environnementaux - DASRI	Aucune convention de collecte des DASRI n'a été transmise
E18	Risques Environnementaux - DASRI	Les bordereaux de suivi des déchets sont incomplets (remplissage des poids, cachet et signature de l'installation destinataire...).
E19	Risques Environnementaux - Légionelles	Les analyses de légionelles, comprenant l'ensemble des points de surveillance, n'ont pas été effectuées selon l'arrêté du 1er Février 2010.
E20	Risques Environnementaux - Légionelles	Le suivi du plan d'action en cas de dépassement des concentrations réglementaires en légionelles n'inclut pas de recontrôle des points d'usage après traitements du réseau d'ECS ce qui contrevient à l'arrêté du 1er Février 2010.
E21	Risques Environnementaux – Eau chaude sanitaire	Les analyses de températures montrent des températures supérieures à 50°C sur plusieurs points de prélèvement ce qui contrevient à l'arrêté du 30 novembre 2005

Nb.	Référence	Remarques
R1	1.2.2.14/1.2.2.15 – Management et stratégie	La quotité de travail du MedCo indiquée sur la fiche de paie du mois d'avril n'est pas conforme à la quotité de travail indiquée sur le contrat de travail.
R2	1.2.2.14/1.2.2.15 – Management et stratégie	La quotité de travail , les missions et tâches du médecin traitant salarié présent sur la structure ne sont pas définies.
R3	1.4.1.7/1.5.1.1 – Gestion de la qualité	Le PACQ (inclus dans le projet d'établissement) n'a été ni, mis à jour ni suivi depuis son élaboration.
R4	1.4.3.1 – Gestion de la qualité 2.1.2.1 – Gestion des ressources humaines	L'établissement n'a pas transmis de feuille d'émargement confirmant que ces formations sur le thème de la bientraitance ont eu lieu.
R5	1.4.3.1 – Gestion de la qualité	Aucune analyse des pratiques professionnelles n'est mise en place.
R6	1.4.3.1 – Gestion de la qualité	La formalisation de la politique de promotion de la bientraitance est insuffisante, du fait de l'absence de suivi des actions mises en place, et l'absence de procédure de signalement de faits de maltraitance.
R7	1.4.3.2 – Gestion de la qualité 1.5.1.3 – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	La procédure de signalement des événements indésirables et des événements indésirables graves ne mentionne pas les situations de violence, et notamment les situations de harcèlement sexuel et d'agression.
R8	1.5.1.3 – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables 2.1.2.1 – Gestion des ressources humaines	Aucune formation portant sur le repérage et la distinction entre EI et EIG n'est programmée au plan de développement des compétences.
R9	2.1.2.1 – Gestion des ressources humaines	L'établissement n'a pas transmis de documents attestant que les formations inscrites au plan de développement des compétences ont été effectuées.
R10	2.1.2.5 – Gestion des ressources humaines	L'accompagnement des nouveaux arrivants par un pair n'est pas prévu par le protocole d'accueil.
R11	2.1.4.2 – Gestion des ressources humaines	La fiche de tâches transmise n'indique pas les personnes à solliciter en cas de difficultés.

R12	3.2.2.2/3.2.2.5 – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Le livret d'accueil ne comporte pas de mention du rôle des personnes qualifiées.
R13	3.2.3.1 – Respect des droits des personnes	Le RAMA ne propose aucune analyse chiffrée des contentions.
R14	4.2.1.2 – Coordination avec les autres secteurs	Les qualifications des intervenants paramédicaux libéraux n'ont pas été transmises

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD «Arthur Groussier», géré par le Centre d'Action Social de la Ville de Paris a été réalisé le 16 mai 2023 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

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

Gouvernance :

- Une répartition des résidents par GIR conforme à la réglementation
- Management et Stratégie
- Gestion des risques et de la qualité
-

Prises en charge

- Une procédure de pré-admission et d'admission complète
- Une information complète du résident sur ses droits par le contrat de séjour, le livret d'accueil et leurs annexes
- Un protocole relatif au circuit du médicament complet
- Un suivi régulier de la prise en charge de la douleur
- Un protocole relatif aux soins palliatifs complet
- Un suivi des pesées ainsi qu'un suivi nutritionnel régulier

Fonctions support

- Des ratios de personnels soignants permettant d'assurer une prise en charge complète des résidents même de nuit et le week-end
- Des personnels stables

Elle a également relevé des dysfonctionnements en matière :

Gouvernance :

- L'EHPAD ne dispose pas d'un projet d'établissement valide
- Le plan bleu de l'établissement n'est pas à jour
- L'établissement ne dispose pas d'un temps de présence d'un médecin coordonnateur conforme à la réglementation
- Animation et fonctionnement des instances
- La composition du CVS n'est pas conforme à la réglementation
- Le CVS n'est pas informé des dysfonctionnements graves, des EI/EIG ainsi que des mesures correctrices mises en place
- La procédure de signalement des EI/EIG de l'établissement ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République
- La procédure de signalement des EI/EIG de l'établissement ne propose pas une définition précise de l'évènement indésirable ni de l'évènement indésirable grave et réduit l'EIG à l'EIGS

Prises en charge

- La commission de coordination gériatrique de l'établissement ne s'est pas réunie en 2021 et 2022
- Le temps de réponse aux appels malades n'est ni mesuré ni suivi

Fonctions support

- Le personnel soignant de l'établissement dispose d'une fiche de tâches hebdomadaires commune alors que les missions qui peuvent être effectuées par les personnels participant à la prise en charge des résidents ne sont pas uniques et dépendent de leur qualification

Risques environnementaux

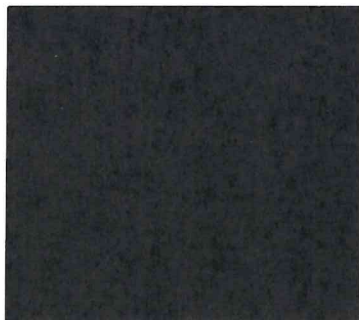
- La fiche récapitulative du dossier technique amiante de l'ensemble de l'établissement n'a pas été transmise.
- Aucune convention de collecte des DASRI n'a été transmise.

- Les analyses de légionelles, comprenant l'ensemble des points de surveillance, ainsi que le suivi du plan d'actions suite à dépassement en légionelles n'ont pas été effectués selon l'arrêté du 1er Février 2010.

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

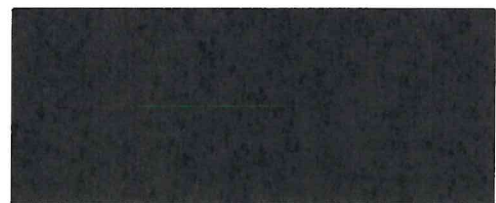
Saint Denis, le 31 octobre 2023

Christel Rougy
Ingénieure du génie sanitaire
ARS Île-de-France



Firyl ABDELJAOUAD
Chargée du contrôles ESMS parisiens

Ville de Paris
Le 31 octobre 2023



Sylvie DRUGEON



Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des personnes chargées du contrôle



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

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

Affaire suivie par : Christel ROUGY
Courriel : Christel.ROUGY@ars.sante.fr
Téléphone : 06 43 48 31 81

Madame Christel ROUGY, coordinatrice de la mission d'inspection, ingénieur du génie sanitaire, Délégation départementale de Paris, ARS Île-de-France

Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de mission Secteur Personnes Agées, Délégation départementale de Paris, ARS Île-de-France

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

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

Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, conseillère médicale, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure du génie sanitaire, responsable du Pôle Santé environnement, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Saint-Denis, le 9 mai 2023

Mesdames, Monsieur,

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

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

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur pièces de l'EHPAD « Résidence Arthur Groussier » (FINESSE géographique 930700315) situé au 8 avenue Marx Dormoy, 93140 BONDY, géré par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, qui sera mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

94/96 Quai de la Rapée
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

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

Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces

Arthur GROUSSIÉ

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
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
Règlement de fonctionnement	OUI
Plan des locaux de l'établissement	OUI
Projet d'établissement	OUI
Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)	Partiellement
Organigramme	OUI
Diplôme du directeur de l'EHPAD	OUI
Contrat de travail du directeur de l'EHPAD	OUI
Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	OUI
Procédures et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)	OUI
Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois	OUI
Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	OUI
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 fichier ADELI)
MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, 3 derniers bulletins de salaires	OUI
Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS	OUI
Les comptes rendus des CVS N et N-1	OUI
Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation	NON
Dernière évaluation externe	OUI
Dernière évaluation interne	OUI
Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2	OUI
Registre des plaintes et réclamations	OUI
Les trois dernières réclamations et leur traitement	OUI
Procédure de gestion des événements indésirables	OUI
Procédure de déclaration externe des dysfonctionnements graves	OUI
Liste des signalements à l'ARS et/ou Ville de Paris	OUI
Les deux derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les deux derniers EIG	OUI
Registre du personnel N-1 & N-2	OUI
Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	OUI
Plan de développement des compétences (formation) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1	Partiellement
Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)	OUI
Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit	OUI
Une fiche de tâches horaires, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AMP, AES, ASG, IDE	Partiellement
Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	NON

Procédure d'admission des résidents	OUI
Les 2 derniers CR et feuilles d'émargement de la commission de coordination gériatrique	NON
Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	OUI
Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles	NON
Procédure d'élaboration et d'actualisation du PAI	OUI
Livret d'accueil du résident	OUI
Contrat de séjour d'un résident et ses annexes	OUI
Procédure relative aux contentions	OUI
RAMA	OUI
Convention pharmacie EHPAD	PUI
Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	OUI
Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	OUI
Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	OUI
Le fichier EXCEL avec les éléments sur les évaluations dont a bénéficié chaque résident présent dans la structure à la date du contrôle, le relevé annuel exhaustif des pesées et des IMC pour chaque résident présent dans la structure à la date du contrôle	OUI
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
Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	OUI
La fiche récapitulative (FR) du dossier technique amiante (DTA)	NON
La convention de collecte avec prestataire des DASRI	NON
Les bordereaux de suivi des DASRI (cerfa 11351*04 - feuillet n°1) des 6 derniers mois dans le cadre des conventions de collecte sans regroupement OU les bons de prise en charge accompagnés des bordereaux de suivi des DASRI (cerfa 11352*04 - feuillet n°1) correspondants des 6 derniers mois dans le cadre des conventions de collecte avec regroupement	Partiellement
Les analyses légionnelles réalisées sur le réseau d'eau chaude sanitaire (années N et N-1 ou années N-1 et N-2 si les prélèvements de l'année N se sont pas encore réalisés) ; un plan du réseau pourra être joint	OUI