

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

« François 1er »

6 rue de la Pléiade, 02600 Villers-Cotterêts

N° FINESS 020004107

RAPPORT DE CONTRÔLE

N° 2023_IDF_00540

Contrôle sur pièces du 12/06/2023

Mission conduite par

- Monsieur Jérôme FEYDEL, coordonnateur de la mission d'inspection, désigné en qualité d'inspecteur par le Directeur général de l'Agence régionale de santé Île-de-France au titre de l'article L.1435-7 du Code de la santé publique, Délégation départementale de Paris, ARS Île-de-France
- Madame Cassandra ROCHETTE, chargée de la mission d'inspection des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Directions des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet inspections EHPAD, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France, désigné personne qualifiée conformément à l'article 1421-1 du Code de la santé publique,
- Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris
- 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

Note d'information

Mme ROCHETTE et Monsieur Jérôme FEYDEL ayant quittés la mission, conformément au courrier d'information annexé au présent rapport, ils ont été remplacés par Madame Dalhia ELENGA et Monsieur Frédéric MUSSO, signataires du présent rapport.

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

- L'article L. 311-6 du CRPA dispose que *« ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :*
 - *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 disjoindre, 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).....	13
Gestion de la qualité.....	14
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	16
Fonctions support.....	19
Gestion des ressources humaines	19
Prise en charge	33
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	33
Respect des droits des personnes	36
Soins.....	36
Relations avec l'extérieur.....	38
Coordination avec les autres secteurs.....	38
Risques environnementaux.....	39
Conclusion	47
Glossaire.....	49
Annexe 1 : Lettre de mission	50
Annexe 2 : Lettre de mission modificative	52
Annexe 3 : Liste des documents demandés.....	54

Synthèse

<u>Données générales sur l'établissement</u>			
Nom	EHPAD résidence François 1er	Capacité hébergement permanent	109
Adresse	6 rue de la Pléiade	Places habilités aide sociale	0
Arrondissement	02604 Villers-Cotterêts	Présence d'une UVP	OUI
Gestionnaire	CASVP	Places en UHR	0
Statut juridique	Public géré par le Centre d'action sociale de la ville de Paris, conventionné par le département de Paris et la sécurité sociale.	Places en PASA	0
L'établissement a signé un CPOM en 2023 conjointement avec la Ville de Paris.			
<u>Eléments 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). L'EHPAD est classé dans une catégorie de risque limité ne justifiant pas d'emblée d'un contrôle sur place.			
<u>Méthodologie suivie et difficultés rencontrées</u> Le contrôle a été réalisé le 16 juin 2023 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé le 12 juin 2023. La délégation départementale de l'ARS et le conseil départemental ont été informés du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision. L'analyse a porté sur les constats faits uniquement sur pièces. La quasi-totalité des documents demandés a été transmise par la Direction de l'établissement et dans les délais impartis. Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et les principaux points forts et remarques ont porté sur les thématiques suivantes :			
<u>Points forts de l'établissement relevés par la mission</u> GOUVERNANCE 1. Conformité aux conditions d'autorisation -Un taux d'occupation et une répartition des GIR conformes à la réglementation 2. Animation et fonctionnement des instances -Un CVS en place dans l'établissement qui est informé des EI et dysfonctionnements FONCTIONS SUPPORT 1. Gestion des ressources humaines -Un taux d'absentéisme et de rotation du personnel faible PRISE EN CHARGE 1. Soins -Un protocole relatif au circuit du médicament et à la délégation d'administration complet			
<u>Principaux écarts et remarques constatés par la mission :</u> Ecarts majeurs : -La mission ne peut évaluer la qualité et si le temps de réponse moyen du système d'appel-malade de l'établissement garantit la sécurité des résidents -Aucune convention de collecte des DASRI n'a été transmise. -L'établissement n'a pas fourni les analyses légionelles de l'année du contrôle (2023).			

-Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur.

Ecart :

- L'établissement ne dispose pas de formation sur la bientraitance
- L'établissement ne dispose pas de procédure particulière en cas de harcèlement moral et sexuel alors que des faits ont été signalés dans l'établissement
- L'établissement a fourni une fiche de tâches unique pour les AS/AMP et ASO alors que ces personnels ne disposent pas des mêmes compétences ce qui constitue un glissement de tâche ne pouvant garantir une prise en charge assurant la sécurité du résident
- La mission ne peut s'assurer de la tenue d'évaluations gériatriques à l'admission du résident dans l'établissement
- Les documents transmis par l'établissement ne permettent à la mission de connaître la date du dernier PAI de 86 résidents et s'assurer de leur participation directe dans leur établissement
- En assurant la fonction de médecin traitant pour la quasi-totalité des résidents de l'EHPAD, le médecin coordonnateur ne peut assurer pleinement les autres missions qui incombent à sa fonction
- Le protocole de lutte contre la douleur ne permet pas à la mission de s'assurer qu'il y a une évaluation de la douleur par an par résident
- La mission ne peut établir qu'un suivi mensuel des pesées est effectué dans l'établissement
- La fiche récapitulative du DTA n'a pas été transmise.

Remarques :

- Le médecin coordonnateur ne possède pas les qualifications requises pour le poste
- Les fiches de tâches communes des AS, AMP et ASO qui pourtant ne disposent pas du même référentiel de compétence, ne permettent pas de limiter les glissements de tâches au sein de l'établissement
- Les contentions ne sont pas comptabilisées et analysées dans le RAMA
- L'établissement doit disposer des bordereaux de suivi de déchets dûment remplis (cerfa 11351*04) feuillet N°1 qui attestent de l'élimination des DASRI
- La direction doit s'assurer que l'ensemble des mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) sont réalisées régulièrement.
- La direction doit s'assurer la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.

Introduction

Contexte de la mission de contrôle

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

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

Les informations connues par l'ARS et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD « Résidence François 1er », situé au 6 rue de la Pléiade, 92600 Villers-Cotterêts, FINESS n°020004107, 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 :

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines (RH)

PRISE EN CHARGE

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

LES RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

Modalités de mise en œuvre

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

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 12 juin 2023. Un e-mail a été transmis à la direction le 12 juin 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**.

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

Présentation de l'établissement

Situé au 6 rue de la Pléiade à Villers-Cotterêts, l'EHPAD François 1er est géré par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris dont le siège social se situe 5 boulevard Diderot, dans le 12^{ème} arrondissement de Paris.

Selon le procès-verbal de validation de la coupe AGGIR/PATHOS du 2 mars 2022, le GMP s'élève à 750 et selon le bilan de l'étude du 30/11/2021, le PMP validé est de 279. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles au-dessus de la moyenne des chiffres médians régionaux¹ pour le GMP et pour le PMP.

Les 104 résidents accueillis au jour du contrôle étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
François 1 ^{er} 2023					
IDF ² 2021	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Le budget de fonctionnement (hors hébergement, car non communiqué par l'établissement) est de 2 950 484, 32 € en 2023, dont 371 938,00 € au titre de la dépendance et 2 578 546, 32 € au titre du soin.

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

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

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	François 1 ^{er}		
Nom de l'organisme gestionnaire	CASVP		
Numéro FINESS géographique	020004107		
Numéro FINESS juridique	750720583		
Statut juridique	Public		
Option tarifaire	Tarif global		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ³	109	109
	HT ⁴	0	
	UVP ⁵	14	
	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	109		

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	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation A la date du contrôle, 104 résidents sont accueillis dans l'EHPAD. L'EHPAD dispose de 109 chambres individuelles. Le taux d'occupation est conforme aux conditions d'autorisation.	
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation La répartition en GIR est la suivante : -le GIR 1 : % de résidents -le GIR 2 : % de résidents -le GIR 3 : % de résidents. Le nombre de résidents classés dans les GIR 1 à 3 est supérieur à 15 pour 100 et le nombre de résidents classés dans les GIR 1 à 2 est supérieur à 10 pour 100. En conséquence, ces proportions sont conformes à la réglementation.	

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	<u>Le règlement de fonctionnement</u> Le règlement de fonctionnement est celui 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 et du CVS de l'établissement. Or, le règlement de fonctionnement a été validé par le Conseil d'administration du CASVP le 18 octobre 2019, après présentation au Comité technique pour avis le 7 octobre.	Remarque 1 : La mission ne peut s'assurer que le contenu du règlement de fonctionnement a été validé par le CVS. Par ailleurs, il ne prend en compte les spécificités de l'établissement.
1.2.1.2	<u>Le contenu du règlement de fonctionnement</u> Bien que le contenu du règlement du fonctionnement soit bien détaillé, il ne précise pas l'organisation de la vie en collectivité, notamment les heures de repas, le rythme des animations, les heures d'ouverture de l'établissement aux visites, renvoyant ces informations soit dans le contrat de séjour soit dans le livret d'accueil.	Ecart n°1 : En n'indiquant pas les rythmes de vie collectifs dans son règlement intérieur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article 311-37 du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.4	<u>Le projet d'établissement</u> Un projet d'établissement pour la période 2019-2023 a été transmis. Le projet d'établissement a été validé par le CASVP. Le projet d'établissement a été présenté au CVS le 11/06/2019. <u>Le contenu du projet d'établissement</u> Le contenu du projet d'établissement est conforme à la réglementation et contient les éléments suivants : * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement) * Présentation des enjeux et mission * Caractéristiques des personnes accueillies * Nature de l'offre de service et organisation * Management de l'EHPAD * Projet social et logistique * Personnalisation des PVI * Projet général de soins incluant la prise en charge médicamenteuse élaboré par le médecin coordonnateur avec le concours de l'équipe soignante, du siège le projet de soins, intégré dans le projet d'établissement ? * Bien-être et prévention maltraitance * Projet d'animation * Perspectives d'évolution et de développement	
1.2.1.6	<u>Le plan bleu</u> Il existe un plan bleu appliqué depuis le 1er mars 2020 et modifié le 21/03/2023. Le plan bleu mentionne deux types de risque : la canicule et les précautions à prendre en cas d'épidémie covid. Le plan bleu ne fait pas mention de divers risques tels que l'inondation, la pollution atmosphérique, la panne d'énergie, la coupure d'alimentation en eau potable, la pollution interne au réseau d'eau, l'incendie, les légionnelles, les épidémies grippales, les épisodes infectieux, les monoxydes de carbone, les DASRI, l'amiante, les pannes de système de sécurité incendie, l'évacuation des résidents. Ce plan contient les modalités d'organisation spécifiques à mettre en œuvre selon les risques pour organiser une continuité d'activité et de reprise d'activité.	Ecart n°2 : 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).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.2.2.1	<u>Directeur de l'établissement et organigramme de la structure</u> Un directeur est en poste dans l'établissement depuis le [REDACTED] L'organigramme est en date du 1 juin 2023 et précise les noms des diverses personnes. L'organigramme traduit les liens hiérarchiques et fonctionnels. <u>Fiche de poste/Lettre de mission du directeur</u> Une fiche de poste a été transmise pour le poste de directeur. Celle-ci décrit l'EHPAD François 1^{er} et les missions principales du poste qui sont : • Management opérationnel de l'établissement • Animation et pilotage d'équipes pluridisciplinaires • Définition et mise en œuvre du projet d'établissement • Conception, mise en œuvre et évaluation des projets de vie individuels des résidents • Développement et animation des partenariats • Promotion de l'établissement et maintien d'un taux d'occupation optimal • Entretien et renforcement d'un réseau gérontologique avec des partenaires institutionnels, hospitaliers, associatifs et autres La fiche de poste indique également que le Directeur sera amené à interagir avec les résidents et qu'il assurera le management opérationnel de l'établissement.	
1.2.2.7	<u>Diplômes du directeur</u> Le directeur est titulaire du [REDACTED] II peut donc exercer les fonctions de Directeur de l'établissement. <u>Astreintes administratives</u> Il existe des astreintes administratives et des astreintes techniques. L'établissement a transmis une procédure d'astreinte qui présente les trois types d'astreintes dont dispose l'établissement : -une astreinte administrative de 21h le vendredi jusqu'au lundi 7h et toutes les nuits de 21h à 7h. Participant : le directeur, le cadre supérieur de santé, la cadre de santé et l'agent de prévention. -une IDE de nuit, toutes les nuits de 21h20 à 6h30. Toute IDE ayant fait la demande et ayant eu confirmation de la direction, le personnel bénéficie alors d'un logement de fonction. -une technique, une semaine sur deux de 21h le vendredi jusqu'au lundi 7h et toutes les nuits de 17h30 à 9h30. Assurée par un agent de salubrité disposant d'un logement de fonction.	
1.2.2.8		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.2.10	Délégation de pouvoirs Les délégations ont été formalisées par un document de délégation de signature du CASVP en date du 20 septembre 2022.	
1.2.2.12	Présence et qualifications de l'IDEC Un arrêté pour un IDEC a été transmis. L'arrêté est en date du [REDACTED]. Cet arrêté mentionne un détachement de [REDACTED] inclus. Les documents transmis ne permettent pas à la mission de vérifier qu'un IDEC est toujours en poste dans l'établissement.	Remarque 2 : La mission ne peut établir qu'un IDEC est en poste dans l'établissement d'après les informations transmises.
1.2.2.14	Présence et temps de travail du médecin-coordonnateur Il existe un médecin coordonnateur en [REDACTED] dans l'établissement depuis le [REDACTED]. Le temps de présence du MEDCO est de 0,55 pour un EHPAD avec une capacité de plus de 100 places ce qui n'est pas conforme avec la réglementation en vigueur.	Ecart n°3 : Le temps de présence du MEDCO n'est pas conforme à la réglementation (référence : Article D312-156 CASF).
1.2.2.15	Qualifications du médecin-coordonnateur Le médecin coordonnateur s'engage dans un délai de 3 ans à compter de la signature du premier contrat en qualité de médecin coordonnateur à suivre les formations nécessaires pour remplir l'une des conditions de diplôme ou de formation. La fiche de poste du MEDCO est conforme à la réglementation.	Ecart n°4 : Le médecin coordonnateur ne possède pas les qualifications requises pour le poste (référence Article D312-157 du CASF).

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.3.3.1	Conseil de la Vie Sociale Un CVS est en place dans l'établissement. Le CVS est composé de 2 représentants des personnes accompagnées et de deux suppléants, de 3 représentants des familles, des proches aidants et représentants légaux des personnes accompagnées, 2 représentants des professionnels et membres de l'équipe médico-soignante ainsi que de 2 suppléants, un représentant de l'organisme gestionnaire et un suppléant, un représentant des bénévoles sans suppléant et du MEDCO de l'établissement. La composition du CVS est conforme à la réglementation. Le CVS s'est réuni trois fois en 2022 et, au jour du contrôle, une fois en 2023.	Ecart n°5 : La mission ne peut s'assurer que le règlement intérieur a été approuvé par le CVS ce qui contrevient à l'article D.311-19 du CASF. Ecart n°6 : Les comptes rendu des CVS ne sont pas datés ni signés par le président du

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les sujets abordés dans les comptes rendus transmis sont : -La situation sanitaire dans l'EHPAD -Le projet d'animation -Des échanges sur les travaux de l'établissement -La démarche qualité de la structure et les actions mises en place -Les réclamations et EIG -L'évolution du prix de journée -La tenue de l'évaluation interne -Les élections du CVS et l'ouverture aux familles -Les soins et les services médicaux de l'EHPAD -La campagne GIR -Les mouvements du personnel -La situation du Wifi dans la structure Un temps de question pour les familles et les résidents est aussi prévu à chaque CVS. Les questions portent principalement sur l'organisation des soins, les services médicaux et leur organisation, l'obtention d'informations de l'EHPAD ainsi que la vie quotidienne des résidents. Les comptes rendus de 2022 ne précise pas qui est le secrétaire de séance. Il n'apparaît pas, dans les documents fournis, que le compte rendu du CVS précèdent soit validé pendant la séance suivante. La mission ne peut s'assurer que le règlement intérieur a été approuvé par le CVS.	CVS ce qui contrevient à l'article D.311-20 du CASF.
1.3.3.2	<u>Présentation des EI et dysfonctionnement en CVS</u> Le CVS est informé, au moins en 2023, des EIG et des réclamations au sein de l'établissement ainsi que des actions correctrices mises en œuvre.	

Commentaire complémentaire

Gestion de la qualité

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.4.1.7	<u>Plan d'amélioration continue de la qualité</u> Aucun plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) n'a été transmis à la mission.	Ecart n°7 : Aucun plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) n'a été transmis à la mission (référence : Article L312-8 du CASF).
1.4.2.1	<u>Évaluations interne et externe</u> L'évaluation externe date plus de 5 ans. Le document transmis pour l'évaluation interne est un référentiel d'évaluation et non une évaluation interne de l'établissement. Le PACQ n'ayant pas été transmis, les actions engagées suite au rapport de l'évaluation externe n'ont pas été incluses dans le PACQ.	Ecart n°8 : La dernière évaluation externe de l'établissement date d'il y a 9 ans ce qui contrevient à l'article D312-04 du CASF. Remarque 3 : L'établissement n'a pas transmis d'évaluation interne.
1.4.3.1	<u>Politique de bientraitance/lutte contre la maltraitance</u> La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil. Des signalements de vol et d'abus de faiblesse ont été transmis au procureur de la République le 19 septembre 2022. Une suspicion de harcèlement moral et sexuel a également été transmise à la gendarmerie le 06 janvier 2023. Cependant, aucune procédure particulière n'est mise en place en cas de signalement d'agression. En 2023 aucune formation n'est prévue pour la bientraitance. Le plan de formation n'est pas adapté et il n'existe pas de plan de soutien des personnels.	Ecart n°9 : L'établissement ne dispose pas de formation sur la bientraitance ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF. Ecart n°10 : L'établissement ne dispose pas de procédure particulière en cas de harcèlement moral et sexuel alors que des faits ont été signalés dans l'établissement ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF car la sécurité de l'utilisateur n'est pas assurée.
1.4.3.2	<u>Procédure en cas de violence/harcèlement sexuel</u> Il n'existe pas de procédure abordant les situations de violence ou de harcèlement sexuel entre deux personnes accueillies, un membre du personnel, une personne accueillie et une personne extérieure à la structure. En revanche, le signalement des faits à effectuer auprès de l'autorité judiciaire est bien réalisé. En effet, des situations de maltraitance et de suspicion de harcèlement sexuel ont été transmises au Procureur de la République.	
1.4.3.3	<u>Procédure de signalement en cas d'agression</u>	Ecart n°11 : L'établissement ne dispose pas de procédure de signalement en cas d'agression ce qui contrevient à l'article L331-

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Il n'existe pas de procédure de signalement en cas d'agression. Il semblerait que les agressions ne soient pas déclarées à l'ARS et à la ville de Paris. L'évènement du 19 novembre 2022 : abus de faiblesse sur personne fragile et vol n'a pas été signalé. Le	8-1 mentionnant la déclaration des EI à l'autorité compétente.

Commentaire complémentaire

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.5.1.1	Enregistrement, traitement et suivi des plaintes/enquêtes de satisfaction L'EHPAD a transmis un registre des plaintes et des réclamations précisant le nom du demandeur, la date des faits faisant l'objet de la réclamation, la date de réception par l'EHPAD, la date de réponse/enregistrement et validation, le répondeur et la date de réponse. Une réponse est apportée aux déclarants par mail. Les plaintes et les réclamations doivent être enregistrées dans [REDACTED] par le directeur ou par l'interlocuteur ayant reçu le signalement. Les plaintes reçues au niveau des services centraux seront inscrites dans [REDACTED] par la coordinatrice des soins. Les trois dernières plaintes transmises concernent : -L'absence de télécommande pour les volets et la télévision d'un résident. La réponse de l'établissement souligne que la période de signalement, fin décembre, a amené un délai supplémentaire pour la résolution de ce problème. -Un manque de prise en charge d'un résident atteint de maux de tête. L'établissement a répondu que l'équipe soignante essayait, et traçait, les tentatives de stimulation du résident mais que le résident exprimait le souhait de rester alité. -Une réclamation portant sur plusieurs aspects de la prise en charge d'un résident : absence de rideaux dans la chambre depuis 6 mois, problème relatif au bas de contentions, pas d'appel malade dans la chambre alors que celle-ci est fermée de nuit en raison de l'agression du résident par un autre et acte de maltraitance d'une AS. L'établissement a organisé une réunion en présentiel avec les auteurs de la réclamation pour échanger sur les points soulevés. Des communications aux équipes, des rappels de procédures et la mise en place d'une meilleure communication avec les familles ont été retenues. Deux de ces plaintes portent donc sur la prise en charge d'un résident, dont une avec acte de maltraitance.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Déclaration des EI/EIG Une procédure de déclaration des événements indésirables a été transmise. Cette procédure est celle qui a été mise en place par la ville de Paris. Pour les EI : toute personne témoin ou à l'origine d'un EI doit informer directement le cadre de santé de cet EI ou le responsable présent et faire un signalement écrit dans le logiciel de soins, dans les plus brefs délais, de manière factuelle, même s'il n'y a aucune conséquence visible pour le bénéficiaire. L'encadrement des soins s'assure de l'inscription des suites données à l'évènement et de la clôture des événements dans TITAN. Le directeur s'assure de la clôture de l'évènement auprès de l'ARS et de la DASES pour les EIG. Pour les EIG : en fonction de la nature de l'EIG ou du dysfonctionnement grave, le professionnel qui découvre l'EIG, qui en est l'auteur doit le signaler immédiatement au médecin, à l'encadrement de proximité ou à l'IDE en l'absence du cadre de santé. Les mesures conservatoires sont mises en œuvre pour assurer la continuité de la prise en charge des soins du résident. L'encadrement ou l'IDE prévient immédiatement le directeur ou l'astreinte de garde. La personne qui découvre l'EIG le trace chronologiquement dans TITAN. Le médecin évalue le moment propice pour prévenir le résident. Le directeur ou l'astreinte administrative prévient la chargée de qualité et l'adjointe au sous-directeur des services des personnes âgées. Le directeur ou l'astreinte administrative prévient la DASES et l'ARS. Il contacte la personne à prévenir, accompagne l'équipe dans la gestion de l'évènement et rédige un rapport circonstancié. Sur un document intitulé liste des EI sont inscrit des EIG comme l'agressivité verbale et physique envers un résident, une erreur d'administration de médicaments, de l'agressivité « crie, tape, crache », le non-respect d'une règle d'hygiène, des menaces de coups et de morts envers un résident. La mission s'interroge donc sur la distinction entre EI et EIG au sein de l'établissement. Aucun formation permettant de distinguer les EI et les EIG n'est prévue pour l'année 2023.	Remarque 4 : L'établissement n'assure pas de formation sur la distinction entre les EI des EIG.
1.5.1.5	Analyses et suivi des EI/EIG Un RMM ou un RETEX sont organisés par l'EH PAD en lien avec le service qualité, dans les 3 mois suivant l'EIG ou le dysfonctionnement grave. Au terme de ces réunions, un certain nombre d'axes d'amélioration sont proposés pour que les événements ne se reproduisent pas. Les mesures d'amélioration sont inscrites dans le PACQ mais, n'ayant pas été transmis, la mission ne peut le vérifier. L'établissement a transmis les listes d'EI « déclarés TITAN et CASVP » pour 2022 et 2023. Ces listes précisent la nature de l'évènement, l'auteur du signalement, la date et l'heure à laquelle il a été fait et qui a créé le signalement de l'EI dans le logiciel TITAN. La liste ne précise les faits à l'origine de l'EI, le statut de son traitement, les actions mises en place pour la gestion de l'EI ainsi que les mesures correctives prévues. 49 EI ont été enregistrés en 2022 et, au jour du contrôle, 9 EI étaient enregistrés en 2023.	Remarque 5 : Le suivi des EI et EIG de l'établissement ne précise pas les faits ainsi que les actions correctrices mises en place à la suite de l'évènement.

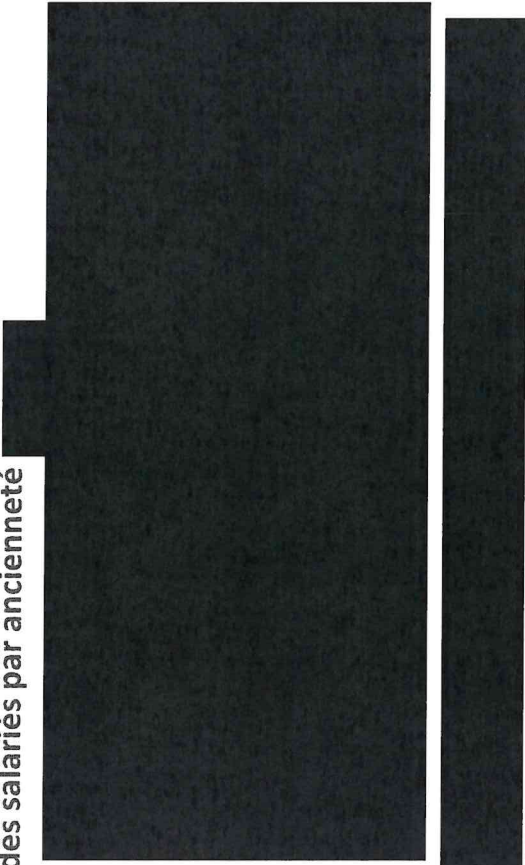
N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'établissement a également transmis une liste des signalements au procureur de la République et à la gendarmerie, avec deux signalements pour abus de faiblesse et suspicion d'agression sexuelle, ainsi qu'une liste d'EIG. L'EHPAD a signalé six EIG normalement déclarés aux ARS Ile-de-France et Haut-de-France, la DASES, le CASVP ainsi que la police pour un EIG. Les six signalements sont les suivants : -13/05/2022 : agression au couteau d'un personnel par un résident. Indiqué comme clôturé avec un RETEX. -26/08/2022 : risque de fugue. Indiqué comme clôturé. -20/12/2022 : fugue. Indiqué comme clôturé. -08/03/2024 : suspicion de TIAC. Intervention de la DDPP. -28/04/2023 : chute dans l'escalier. -04/05/2023 : suicide d'un résident.	
1.5.1.6	La liste ne précise les faits de l'EIG, les actions mises en place pour la gestion de l'EIG ainsi que les mesures correctives prévues. <u>Signalements et transmission des RETEX</u> Le directeur ou l'astreinte administrative réalise la déclaration d'EIG sur la plateforme spécifique puis transmet par mail à la DASES et à l'ARS. A la suite de la déclaration de l'EI, une revue de morbi-morbidité (RMM) et un RETEX sont mis en place dans les 3 mois suivant l'EIG ou le dysfonctionnement grave. Les comptes rendus des RETEX et des RMM sont diffusés à l'ARS, à la chargée de qualité des soins et aux équipes concernées. L'établissement a transmis deux RETEX pour les EIG du 13 mai 2022 et du 4 mai 2023. Le RETEX de l'EIG du 13 mai 2022 comporte un constat des faits, les écarts aux bonnes pratiques constatés, les facteurs constitutifs, une bibliographie, les axes d'amélioration proposés ainsi que les axes retenus. Le RETEX de l'EIG du 4 mai 2023 comporte le contexte de l'EIG, les échanges réalisés, l'identification des causes de l'EIG, les conclusions et enseignements à retenir ainsi que les mesures d'accompagnement et les mesures supplémentaires. En l'absence de PACQ ou de document de suivi, la mission ne peut savoir si un suivi et une application des mesures retenues est en cours dans l'établissement	

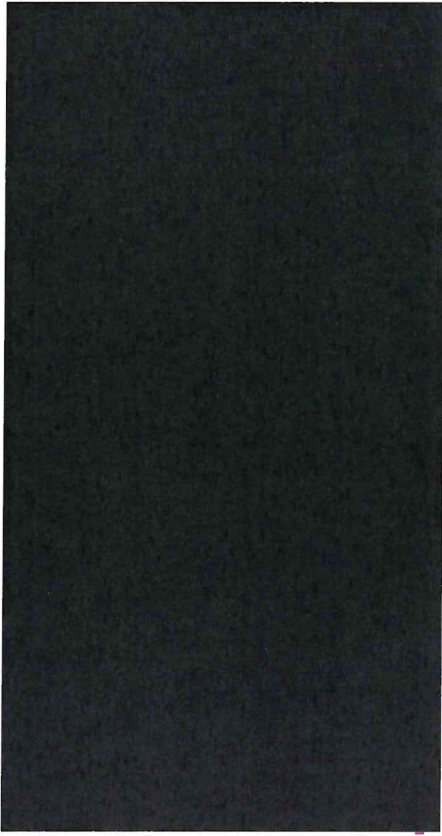
Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N° IGAS	Observations ou commentaires					Constat E/R
2.1.1.1	Les effectifs					
	Les données transmises par la direction ne permettent pas d'établir une vision précise des effectifs de l'établissement au jour du contrôle. Les données ont été synthétisées dans le tableau ci-dessous :					
	FONCTIONS	Nbre physique	ETP	Stats EHPAD sur ETP	Ecart ETP	Vacants
	Directeur					
	Directeur-Adjoint					
	Administratifs					
	Accueil					
	MEDCO					
	Psychiatre					
	Psychologue résidents					
	Psychologue salariés					
	Pédicure					
	Ergothérapeute					
	IPA					
	IDEC					
	IDE					
	AS					
	ASO Chevet					
	Educ spé.					
	Art Thérapeute					
	Esthéticienne					
Remarque 6 : Les données fournies par l'établissement le jour de l'inspection diffèrent des données envoyées postérieurement						

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Coiffeuse Animateur APA Animateurs ASO animation Chef cuisine Cuisiniers ASO cuisine Maintenance Lingerie TOTAUX	Au 12 juin 2023, l'établissement annonce une équipe composée de 100 personnes pour un équivalent temps plein de 93,61. Les statistiques fournies par la direction font état de 85,8 ETP pour un nombre de postes de 101 titulaires. Il a été possible d'identifier 6 postes vacants qui viennent s'ajouter au nombre de personnes présentes, soit un total de 106 postes. Quant à l'écart en ETP, il s'établit à 7,81, et cet écart ne correspond pas systématiquement aux postes vacants. Les postes vacants sont les suivants : - Adjoint aux ressources, - Médecin coordonnateur, - Infirmier, - 2 aides-soignants (supérieur aux postes officiels à 48), - Aso cuisine (ne correspond pas au poste officiel à 3). Les fonctions suivantes n'apparaissent pas dans les postes de titulaires de l'établissement, pour un total de 3,31 ETP, sont repris ci-après : - Psychiatre, - Psychologue résidents, - Psychologue salariés, - Pédicure-podologue, - Ergothérapeute, - Infirmier en pratique avancée, - Educateur spécialisé, - Art thérapeute,	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Esthéticienne, - Coiffeuse. Il est à noter que le poste de médecin coordonnateur pour un ETP de 0,55 est également un poste de contractuel. Les écarts les plus importants apparaissent sur les fonctions d'aide-soignant et d'ASO au chevet. La comparaison fait apparaître 11 postes d'aide-soignant en plus, a contrario, elle fait apparaître 3 postes d'ASO au chevet en moins. La mission de contrôle n'a pas trouvé d'explication à ces écarts. La répartition par année d'arrivée dans l'établissement de l'équipe présente au 12 juin 2023 est représentée ci-dessous : Répartition des salariés par ancienneté  L'amplitude de l'ancienneté des salariés est importante puisque des salariés sont présents depuis plus de trente ans dans l'établissement. Ce sont même █ % des salariés qui sont présents dans l'établissement depuis plus de vingt ans. Cette particularité peut être associée, notamment, à l'implantation dans l'Oise de l'établissement, ce qui participe de la stabilité de l'équipe. La répartition de l'ancienneté marque également un important renouvellement de l'équipe ces dernières années puisque █ % des membres sont arrivés ces quatre dernières années.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Ce renouvellement est à mettre en lien avec la répartition des salariés par tranche d'âge. Selon cette répartition, il est possible de constater que █ % des salariés ont plus de cinquante ans, dont █ salariés ont plus de 55 ans. (Cf. graphique ci-dessous) Une part non négligeable de l'équipe va être renouvelée dans les années à venir. Répartition des salariés par tranche d'âges  Si l'on se concentre sur l'équipe de soins, la répartition par âge est représentée dans le graphique ci-dessous :	

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Répartition par âge de l'équipe de soins Cette répartition par âge est relativement bien équilibrée sur l'ensemble de l'équipe de soins. Elle est comprise en ■ ans et ■ ans et laisse apparaître deux pics à ■ ans et ■ ans. Sa répartition par tranche d'âge fait apparaître qu'une part importante de l'équipe à plus de 50 ans, soit ■ %, dont ■ salariés ont plus de 55 ans (Cf. graphique ci-dessous). Cette situation représente un enjeu pour l'établissement dans les années à venir afin de maintenir la stabilité de l'équipe dans l'intérêt des résidents.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Répartition de l'équipe de soins par tranche d'âges La répartition des 106 postes est la suivante : - 68 titulaires, - 32 contractuels, dont 1 CDI, - 6 agents en arrêt maladie. Auxquels s'ajoute 9 stagiaires de la fonction publique territoriale. Au 12 juin 2023, l'établissement à recours à 10 contractuels à contrat court. Le suivi des effectifs en recense 18 avant cette date, dont 2 partis dans le dernier trimestre 2022 et 6 dans le courant du premier semestre 2023. Pour les 10 contractuels encore présents, la fin de contrat est prévue au 30 juin de la même année. Les professions concernées sont les suivantes : - 6 aides-soignants, - 2 ASO, - 1 Infirmier en pratique avancée, - 1 pédicure-podologue.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.3	L'absentéisme En se basant sur ces données et graphiques, le taux d'absentéisme et de rotation du personnel sont faibles. L'équipe de l'établissement actuellement en poste est ancienne, stable et peu absente. Le recours à l'intérim Le projet de procédure relative à la gestion des absences fait état du recours à l'intérim pour remplacer des professionnels lorsque le seuil plancher dans l'équipe de soins est inférieur à 9 ASI/AES/ASO. Selon la procédure de remplacement en cas d'absence inopinée, l'appel aux agences d'intérim intervient en 4^{ème} solution : « <i>En cas d'échec appeler les deux agences d'intérim au marché pour une intervention en 7h00 (10h de nuit)</i> ». Il n'est pas précisé dans cette procédure si le recours à l'intérim s'applique également aux infirmiers.	
2.1.1.6		
2.1.2.1	Le plan de développement des compétences Un plan de formation a été fourni au titre des années 2021, 2022 et 2023. Le code couleur appliqué sur les plans de formation 2022 et 2023, pas identique, n'a pas été explicité par la direction. Les salariés de l'établissement bénéficient de l'accès à un catalogue de formations proposé par la Ville de Paris. Ils ont la possibilité de demander jusqu'à trois formations par an. Les demandes se sont au moment de l'entretien d'évaluation et sont discutées avec le supérieur hiérarchique. Pour l'année 2021 : - Formations individuelles : 20 professionnels ont bénéficié d'au moins une formation individuelle (1 formation non réalisée), d'une durée de 1 jour à trois jours, majoritairement de 2 jours. 13 agents ont bénéficié d'une formation, 5 agents de deux formations et 2 agents de trois formations, soit 29 formations pour un coût pédagogique total de [REDACTED] euros. - 14 formations collectives ont été effectuées et ont concerné au total 370 agents. D'une durée de moins d'une demi-journée pour une formation à trois jours, majoritairement d'une ou deux journées, pour un coût total de [REDACTED] euros. Pour l'année 2022 : - Formations individuelles : 18 professionnels ont bénéficié d'au moins une formation individuelle (14 formations non réalisées), d'une durée non précisée. 13 agents ont bénéficié d'une formation, 4 de deux formations et 1 de trois formations, soit 24 formations pour un coût total d'environ 14 013 euros. - 17 formations collectives ont été effectuées (3 formations non réalisées), la durée n'est pas précisée. Le nombre d'agents concernés n'est pas précisé non plus, et cela représente un coût total d'environ [REDACTED]	Remarque 7 : L'établissement ne propose pas régulièrement des formations à la bientraitance et au repérage de la maltraitance.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Pour l'année 2023, sont prévues à la date du contrôle : - Formations individuelles : 25 professionnels prévoient de bénéficier d'au moins une formation individuelle (14 formations non programmées), d'une durée non précisée. 19 agents vont bénéficier d'une formation, 4 de deux formations, 1 de trois formations et 1 de quatre formations, soit 35 formations pour un coût total d'environ [REDACTED]. - 18 formations collectives prévoient d'être effectuées (1 formation retirée), d'une durée non précisée. Le nombre d'agents concernés au total est de 438, pour un coût total d'environ [REDACTED]. Les formations individuelles programmées en 2023 sont les suivantes : - Animation auprès des personnes âgées, - La prise en charge de l'adulte âgé souffrant de maladies psychiatriques, - Alcool et Vieillessement, - Connaissance de la personne âgée dépendante, - Le toucher-massage : une alternative non médicamenteuse à la prise en charge de la douleur, - Plaies et cicatrisation, - Prévention des chutes en institution et au domicile, - Prévention et accompagnement de l'incontinence urinaire, - Prise en charge de la personne âgée diabétique en EHPAD et à domicile, - Situation d'agressivité avec une personne âgée, - Gestion du stress, - Les fondamentaux de l'encadrement (management), - Techniques de l'entretien d'évaluation, - Formation Gestes et soins d'urgence - niveau 1, - Hygiène du linge et méthode RABC, - L'arbre des causes, - Outlook Perfectionnement, - Prévention des TMS et atteintes du dos, - Word Perfectionnement - Automatisation des tâches. Les formations collectives programmées en 2023 sont les suivantes : - Activités en espace multi sensoriel de type snoezelen, - Aide-soignant en EHPAD, - Alzheimer et maladies apparentées, - Les transmissions ciblées, - Nutrition/Dénutrition de la personne âgée - Hygiène bucco-dentaire - Troubles de la déglutition, - Prise en charge de la douleur,	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Relations avec les familles des résidents en institution et a domicile, - Sécuriser la prise en charge médicalementeuse en EHPAD, - Soins palliatifs - Directives anticipées et personne de confiance, - Troubles du comportement chez la personne âgée : Comment les prévenir et comment les gérer, - Vie affective et sexualité des personnes âgées, - Formation Gestes et soins d'urgence - Niveau 2, - AFGSU 2 - Gestes et soins d'urgence - Niveau 2 – recyclage, - Equipier d'évacuation (guide file et serre file), - Exercice d'évacuation et de mise en sécurité, - H.A.C.C.P., - Manipulation d'extincteurs sur bacs à feux propres (Premier Témoin Incendie), - Manutention des charges. L'établissement développe au fil des années un plan de compétence important qui couvre une large part des salariés. L'effort est constant et continue tout en couvrant des thématiques variées dont la plupart sont ciblées sur la prise en charge des résidents et leur accompagnement. L'établissement propose également des formations permettant la promotion professionnelle, comme en 2022 avec une inscription en master de pratiques avancées et trois accompagnements à la VAE : deux pour aide-soignant et un pour le DEJEPS. Sur les trois années, une formation à la bientraitance a été proposée en 2021 et aucune formation au repérage de la maltraitance.	
2.1.2.5	<u>Le livret d'accueil</u> A son arrivée dans l'établissement, le salarié se voit remettre le livret d'accueil, un document sur les droits et obligations dans la fonction publique intitulé « l'un ne va pas sans l'autre » et un document relatif aux démarches administratives. Le livret d'accueil est composé de 12 pages dans lesquelles sont développées succinctement et de manière accessible les parties suivantes : - Plan des locaux, - Organigramme de l'établissement, - Les numéros des différents interlocuteurs, - La prise de fonction, - Les règles du travail, - La formation, - L'entretien professionnel,	Remarque 8 : Les documents d'accueil du nouveau salarié ne présentent pas les valeurs portées par l'établissement et ne décrivent pas la procédure d'intégration à l'équipe. Remarque 9 : L'établissement n'a pas mis en place de groupe de parole ou de groupe d'analyse des pratiques.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- L'usage informatique, - L'obligation de déclarer au supérieur ou sur Titan d'un EIG, pour une situation de maltraitance la déclarée au supérieur ou contacter le numéro ALMA. Le document relatif aux droits et obligations du fonctionnaire se présente sous la forme d'un livret A5 de 14 pages et reprend les points suivants : - Droit à la liberté d'opinion, - Obligation de réserve et de neutralité, - Droit à la protection, - Obligation de respecter les règles de santé, d'hygiène et de sécurité, - Droits à congés, - Obligation de service et de continuité de service, - Droit à la rémunération et au cumul d'activités, - Obligation de désintéressement et de probité, - Droit à la formation, - Obligation de formation. Le document décrivant les étapes administratives à effectuer lors de l'arrivée d'un salarié reprend en une page : - Faire signer le document sur la probité et le désintéressement ; - Remettre la fiche de poste à signer ainsi que la fiche de tâches pour les AS, AMP et ASO, - Informer l'agent des modalités de badgeage et de temps de travail et vérifier les paramétrages Chronotime, - Remettre le guide chronotime, - Remettre le livret d'accueil de l'EHPAD et le code d'accès à l'établissement, - Prendre l'agent-e en photo pour la réalisation de sa carte professionnelle, - Remettre à l'agent-e les documents pour le SFT et le remboursement partiel du titre de transport, - Informer l'agent du registre des notes de service mis à disposition à l'accueil, et du tableau d'affichage, - L'informer de la mise à disposition de la salle de restauration. Les salariés reçoivent également une note de service du 10 janvier 2011 relative à l'obligation d'honnêteté et de désintéressement des agents du CASVP en 10 pages et doit être signée par tout agent. Elle est composée de 6 fiches qui abordent les thèmes suivants : - Le vol, - L'interdiction d'utiliser ses fonctions pour établir des relations financières ou patrimoniales avec les usagers, - L'interdiction d'utiliser ses fonctions pour obtenir des avantages pour soi-même ou pour un tiers, - L'interdiction de recevoir des pourboires ou des cadeaux, - L'interdiction d'utiliser à des fins personnelles des biens appartenant à des usagers ou à l'administration,	

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Les atteintes à la liberté de la concurrence. Ces documents permettent à l'agent d'avoir un large aperçu de ses droits et obligations tout en attirant son attention sur les risques déontologiques liés à l'exercice de sa fonction et le guidant dans ses démarches administratives. Les valeurs de l'établissement qui fondent son action ne sont pas reprises dans ces documents. De même, la procédure d'intégration au sein de l'équipe d'un nouveau salarié n'est pas décrite.	
2.1.4.5	Les plannings Les plannings des mois d'avril et mai pour l'équipe de soins ont été transmis. Le planning des IDE prévoit deux infirmiers le matin et un infirmier l'après-midi, selon la répartition suivante : - IDE Matin : 6h30 – 14h07 (IDE 1 : Eléonore, Angoulême, Claude de France / IDE 2 : Diane, Henri II) ; - IDE Après-midi : 13h38 – 21h20 (IDE : Eléonore, Angoulême, Claude de France, Diane, Henri II). Le planning réalisé sur avril et mai 2023 fait état d'une présence infirmière de 2 à 5 par journée de travail. Les IDE sont majoritairement trois présentes, pour 45,9 % des jours sur ces mois, mais elles peuvent être également quatre par jour, dans 39,3 % des cas, voire cinq, dans 13,1 % des cas. Sur une seule journée, seules deux IDE étaient présentes, soit 1,6 % des cas. La présence en IDE dans l'établissement sur cette période est largement respectée. Le planning des AS/AES/ASO prévoit 9 agents le matin et l'après-midi, selon la répartition suivante (selon fiches de tâches) : - AS/AES/ASO Matin : 6h30 – 14h18 / 7h00 – 14h48 (2 agents : Angoulême, Claude de France, Diane, Henri II / 1 agent Eléonore) ; - AS/AES/ASO Après-midi : 13h12 – 21h00 / 13h32 – 21h20 (2 agents : Angoulême, Claude de France, Diane, Henri II / 1 agent : Eléonore). Le planning réalisé sur avril et mai 2023 fait état d'une présence d'agents de soins de 15 à 24 par journée de travail. Celui-ci n'indique pas la répartition par pavillon. Les AS/AES/ASO sont majoritairement présents à 18 ou 19 pour 21,3 % des jours, à 20 dans 20,3 % des situations, à 24 dans 9,8 % des cas, à 17 ou 21 dans 8,2 % des cas, à 22 ou 23 dans 6,6 % des cas, à 15 dans 3,3 % des cas et à 16 dans 1,6 % des cas. Le nombre d'agents minimal nécessaire étant de 18, dans 13,1 % des journées ce nombre était inférieur, ce qui représente 8 jours sur la période considérée. Selon les plannings et les qualifications indiquées, le nombre d'aides-soignants par jour n'est jamais inférieur à 10, ce qui permet de garantir a minima la présence d'un aide-soignant par pavillon. La répartition par pavillon n'apparaît pas dans les plannings, il n'est donc pas possible à la mission de contrôle de s'assurer de la répartition des professionnels selon leur qualification par pavillon. Les temps de transmission sont bien identifiés dans les fiches de tâches et des temps de chevauchement existent bien.	Remarque 10 : Les plannings ne permettent pas d'avoir une visibilité sur l'organisation de l'équipe de soins.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les plannings ne permettent pas de repérer l'organisation de l'équipe de soins : sa présence le matin ou l'après-midi, sa répartition par pavillon.	
2.1.4.2	Les fiches de tâches heurées L'établissement a établi des fiches de tâches heurées pour les infirmiers, les aides-soignants, les accompagnants éducatifs et sociaux (ex AMP) et les ASO au chevet. La fiche de tâches des IDE est un document de 5 pages qui reprend les tâches hebdomadaires, spécifiques et journalières : - Les transmissions avec l'équipe de nuit, - L'organisation du planning des soignants et vérification des absences, - Les transmissions dans [REDACTED] - Prise de connaissance des rendez-vous pour consultations et hospitalisations, - Réalisation des soins infirmiers, - Distribution des médicaments prescrits à 7h, - Vérification des traitements spécifiques du matin (gouttes, glycémie, injections, collyres...), - Réajustement des traitements et vérification des piluliers, - Réfection des pansements, - Surveillance des constantes, - Exécution des soins planifiés, - Distribution et administration des médicaments, - Transmission dans [REDACTED] - Edition du plan de soins pour l'équipe d'après-midi, - Vérification des agents présents l'après-midi, - Transmission avec équipe d'après-midi. La fiche de tâches pour l'IDE reprend des missions identiques, avec accueil en retour de consultations ou hospitalisations. Elle fait également état de bonnes pratiques et pointe les moments sensibles de la journée pour un fonctionnement en mode dégradé lors d'une absence. La fiche de tâches commune des AS, AMP et ASO au chevet est un document de 5 pages qui reprend les tâches journalières et des bonnes pratiques : - Transmissions avec l'équipe de nuit, - Affectation selon cahier d'accueil ou consignes de l'IDE (2 agents par pavillon), - Transmissions soignantes sur [REDACTED]	Ecart n°12 : Il n'existe pas de fiche de tâches heurées distinctes pour les aides-soignants, les accompagnants éducatifs et sociaux (ex AMP) et les ASO au chevet. (Référence Article L311-3, 1° du CASF) Ecart n°13 : Des agents autres que les AS distribuent les médicaments. Ce qui contrevient aux dispositions réglementaires qui mentionnent que seuls les aides-soignants diplômés sont autorisés à distribuer les médicaments après avoir reçu une formation délivrée par l'infirmière. (Référence Article R4311-5 du CSP)

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Préparation du chariot de nursing, - Prendre connaissance du plan de soins, des RDV pour consultations, hospitalisations, sorties, décès, - Premiers réveils et soins pour certains résidents, - Soins d'hygiène et de confort, commencer les toilettes, - 1 soignant continue les toilettes, le second sert les petits déjeuners en salle et aide à la prise, - Poursuite des toilettes et petits déjeuners en chambres (identification des toilettes à deux), - Distribution et aide à la prise des médicaments, - Vaisselle du petit déjeuner et changement des draps selon planning, - Bio nettoyage des chambres, - Nettoyage des chariots de nursing, - Rempotage du linge et des protections, - Evacuation du linge sale et des poubelles, - Préparation de la salle à manger, - Récupération des chariots de cuisine et installation des résidents, voire accompagnement en grande salle à manger, - Distribution et aide à la prise de médicaments, retour à l'IDE pour traçabilité, - Servir à table et aide au repas, - Débarrasser les tables, nettoyer et faire la vaisselle, - Transmissions dans [REDACTED] - Transmissions équipe d'après-midi. Les fonctions de l'équipe d'après-midi s'organisent plus particulièrement autour : des soins d'hygiène et de confort, des changes, de la surveillance des résidents, de veiller à l'hydratation, l'accompagnement aux animations, la participation au PAP, la participation aux animations, le rangement des armoires et le bio nettoyage des chambres. La fiche de tâches des AS/AES/ASO soulève des difficultés dans sa mise en œuvre : - Le traçage de la prise des médicaments n'est pas effectué par l'infirmière lorsque ceux-ci sont distribués par les AS/AES/ASO ; - Il est évoqué la notion de soins sans précision du professionnel qui les réalise ; - Il n'est pas précisé quel est le professionnel qui effectue les toilettes ; - Il n'est pas précisé si la vaisselle est effectuée également par les AS et les AES ou uniquement les ASO au chevet. Les aides-soignants sont amenés à faire la vaisselle, alors que cette tâche devrait être dévolue en priorité aux ASO au chevet. De par leur qualification, les AS et AMP doivent se consacrer prioritairement à leur mission d'accompagnement des résidents, notamment après le goûter, à une heure où ceux-ci en ont particulièrement besoin.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.4.4	<u>Le glissement de tâches</u> Le recours à une seule fiche de tâches pour les AS, AES et ASO fait courir le risque de glissements de tâches dans la mesure où il n'est pas possible de repérer quel est le professionnel qui effectue précisément chaque tâche. Seuls les aides-soignants peuvent effectuer la distribution des médicaments, sous conditions, réaliser les toilettes au lit qui est un acte de soin, effectuer des soins sous l'autorité de l'infirmière. Les AES peuvent aider un résident à la toilette et accompagner un aide-soignant dans la réalisation d'une toilette au lit. Les ASO au chevet ne peuvent effectuer ses missions. Les ASO ne sont pas des AS ni AES diplômés et ne disposent pas de fait des mêmes compétences. Les AES n'ont pas le même référentiel de compétence que les AS. Le regroupement de leurs missions sur la même fiche de tâches pour ces trois catégories de professionnels ne permet pas d'écarter des glissements de tâches au sein de l'établissement.	Ecart n°14 : L'absence de différenciation des tâches des aides-soignants, des accompagnants éducatifs et sociaux et des ASO au chevet fait courir le risque de glissement de tâches, ce qui contrevient aux articles L.451-1, D.312-155-0 du CASF et l'article L.4391-1 du CSP
2.1.4.7	<u>La gestion des absences imprévues</u> L'organisation en mode dégradée en cas d'absence est précisée dans les fiches de tâches des infirmiers. Elle n'apparaît pas dans la fiche de tâches pour les AS/AES/ASO. L'établissement a transmis un projet de procédure relative à la gestion des absences. Celle-ci établit un seuil plancher de fonctionnement en deçà duquel l'établissement assure le remplacement et qui se décompose de la façon suivante : - Matin : 2 IDE / 9 AS-AES-ASO / 1 cuisinier / 1 ASO cuisine ; - Après-midi : 1 IDE / 9 AS-AES-ASO / 1 cuisinier / 1 ASO cuisine ; - Journée : 1 lingère / 1 ASO accueil. Dans l'éventualité où le seuil plancher de professionnels n'est pas atteint, la procédure prévoit le remplacement de la façon suivante : « Informer le SLRH - Rechercher un agent volontaire pour renoncer à un RTV ou RTF ou déplacer un RHV - En cas d'échec, rechercher un agent volontaire pour accepter une intervention en Heure Supplémentaire - En cas d'échec, faire appel à un vacataire – en 7h00 (10h de nuit) - En cas d'échec appeler les deux agences d'intérim au marché pour une intervention en 7h00 (10h de nuit) - En cas d'échec, pour la nuit, proposer à un agent de l'équipe d'avant de rester 2h00 de plus maximum, et/ou à un agent de l'équipe d'après de venir 2h00 maximum en plus – en HS - En cas d'échec orienter les agents en mode situation dégradée (voir chapitre) En cas d'urgence passer directement à l'étape la plus probable. » Les sigles utilisés ne sont pas précisés.	Remarque 11 : L'établissement n'a pas finalisé la procédure relative à la gestion des absences, et les sigles utilisés ne sont définis préalablement et connus des agents.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La procédure prévoit des aménagements en cas de grève et une réorganisation des tâches à 8, 7 et 6 AS/AES/ASO au lieu de 9. Elle ne précise pas les seuils et les modalités d'organisation pour les autres professionnels. L'organisation à 6 prévoit un AS/AES/ASO par secteur pour la réalisation de l'ensemble des missions maintenues et un volant qui intervient pour les toilettes et soins à effectuer à deux. La procédure n'explique pas la démarche à suivre si ce mode d'organisation devait perdurer au-delà d'une journée, ce qui serait de nature à remettre en cause la sécurité et le bien-être des résidents dans leur prise en charge.	
2.1.4.10	La qualification du personnel de nuit Sur les dix professionnels présents dans le planning de nuit de mai 2023, neuf d'entre eux ont été identifiés dans les effectifs de l'établissement et sont positionnés comme aides-soignants. Il s'agit de sept agents titulaires et de deux agents contractuels. Un agent titulaire bénéficie d'un arrêt maladie long et est remplacé par un agent contractuel qui apparaît dans les effectifs en qualité d'aide-soignant d'après-midi. Les diplômes n'ont pu être vérifiés.	

Prise en charge

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R															
3.1.1.1	La procédure d'admission Une procédure d'admission en date du 20/12/2022 a bien été transmise à la mission. Elle est conforme à la réglementation. L'avis du médecin coordonnateur est bien demandé : <table border="1"> <tr> <td>Réception du dossier</td><td>Réception du dossier admission : courrier ou via-trajectoire</td><td>Admission</td></tr> <tr> <td>1 à 4 jours</td><td>Vérification de la complétude des pièces et du dossier médicale – demande de pièce complémentaire ou manquante</td><td>Admission</td></tr> <tr> <td></td><td>Analyse du dossier médical pour avis VPA/refus motivée/Demande de pièce</td><td>Medco/CSS/CS</td></tr> <tr> <td></td><td>Programmation d'une date de VPA, Communication au directeur des refus</td><td>Admission</td></tr> <tr> <td></td><td>Information de la date à l'accueil pour préparation d'un mot de bienvenue</td><td>Admission</td></tr> </table> L'établissement a également déclaré que : « Le MEDCO se prononce sur chaque dossier déposé pour programmer une visite de VPA ou non. Elle pilote la VPA, et parfois délègue, pour des dossiers en apparence simple, au cadre Supérieur de Santé avec des	Réception du dossier	Réception du dossier admission : courrier ou via-trajectoire	Admission	1 à 4 jours	Vérification de la complétude des pièces et du dossier médicale – demande de pièce complémentaire ou manquante	Admission		Analyse du dossier médical pour avis VPA/refus motivée/Demande de pièce	Medco/CSS/CS		Programmation d'une date de VPA, Communication au directeur des refus	Admission		Information de la date à l'accueil pour préparation d'un mot de bienvenue	Admission	
Réception du dossier	Réception du dossier admission : courrier ou via-trajectoire	Admission															
1 à 4 jours	Vérification de la complétude des pièces et du dossier médicale – demande de pièce complémentaire ou manquante	Admission															
	Analyse du dossier médical pour avis VPA/refus motivée/Demande de pièce	Medco/CSS/CS															
	Programmation d'une date de VPA, Communication au directeur des refus	Admission															
	Information de la date à l'accueil pour préparation d'un mot de bienvenue	Admission															

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R			
	demandes précises. L'admission se fait de préférence un jour de présence du médecin. Le résident est présenté aux équipes la veille et le jour même avec question/réponse aux medco/cadre Sup si c'est possible. »				
3.2.1.2	<u>Évaluation à l'admission</u> Si des renseignements médicaux et sur les habitudes de vie du résident sont bien prévues à J+30 après l'admission, il n'est pas précisé la tenue d'une évaluation gériatrique menée par le médecin coordonnateur.	Ecart n°15 : La mission ne peut s'assurer de la tenue d'évaluations gériatriques à l'admission du résident dans l'établissement ce qui contrevient à l'article D312-158 6° du CASF.			
3.1.3.3	<u>Le PAI</u> Comme inscrit ci-dessous, un AS référent est bien attribué à chaque résident. Mais selon déclaration de l'ETS, il n'y a pas de référent PAI : « l'établissement n'est pas encore parvenu à entrer les référents PAI dans la pratique » Le premier PAP est établi dans les 30 à 60 jours suivant l'admission. <table border="1"> <tr> <td>30 à 60 jours</td><td>Construction d'un PAP* (élaboration d'un objectif principal) et soumission au résident (s'il est en capacité de comprendre) – consultation éventuelle des CSS/CS/Dir et soignants ou acteurs présents</td><td>Psychologue Psychologue</td></tr> </table> Selon le tableau des PAP transmis, 86 résidents sur 105 ne disposent pas d'une date de PAP ni d'un renouvellement. <u>La Commission de Coordination Gériatrique</u> Il est précisé dans le RAMA transmis par l'établissement (page 16) : « 2022 a vu la réalisation de la première commission de l'année. Etaient présents le médecin coordonnateur, le directeur, les deux cadres de santé, les deux kiné, l'IPA, deux médecins généralistes, le psychiatre, le pédicure. Après une présentation générale de la situation qui souligne que l'établissement fait régulièrement des bilans biologiques pour tous les résidents pour assurer un meilleur suivi, 3 sujets ont été abordés - L'iatrogénie - Les chutes - Les bons de transport » Le compte rendu de cette édition de la Commission de Coordination Gériatrique n'a pas été transmis.	30 à 60 jours	Construction d'un PAP* (élaboration d'un objectif principal) et soumission au résident (s'il est en capacité de comprendre) – consultation éventuelle des CSS/CS/Dir et soignants ou acteurs présents	Psychologue Psychologue	Ecart n°16 : Les documents transmis par l'établissement ne permettent à la mission de connaître la date du dernier PAI de 86 résidents et s'assurer de leur participation directe dans leur établissement ce qui contrevient aux articles L311-3, 3° et L311-3, 7° du CASF. Remarque 12 : L'établissement n'a pas transmis de compte rendu de CCG, notamment celui de l'édition 2022.
30 à 60 jours	Construction d'un PAP* (élaboration d'un objectif principal) et soumission au résident (s'il est en capacité de comprendre) – consultation éventuelle des CSS/CS/Dir et soignants ou acteurs présents	Psychologue Psychologue			
3.1.4.4					

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.1.4.5	<u>Interventions des professionnels médicaux</u> Selon le tableau des médecins traitants transmis, l'intégralité des résidents sont suivis par un médecin traitant. Le médecin coordonnateur de la structure suit 101 résidents, soit la quasi-totalité de la population de l'EHPAD, les trois autres médecins traitants intervenant dans la structure suivent cinq, un et un résident partagé avec le médecin coordonnateur.	Ecart n°17 : En assurant la fonction de médecin traitant pour la quasi-totalité des résidents de l'EHPAD, le médecin coordonnateur ne peut assurer pleinement les autres missions qui incombent à sa fonction ce qui contrevient à l'article D312-158 du CASF.
2.5.4.3	<u>Système d'appels-malade</u> Selon ses déclarations : l'établissement ne dispose d'aucun moyen pour évaluer la qualité du système d'appel malade (durée moyenne de réponse, nombre d'appels, fréquences des anomalies techniques...).	Ecart n°18 : La mission ne peut évaluer la qualité et si le temps de réponse moyen du système d'appel-malade de l'établissement garantit la sécurité des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF.

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.2.2.2 3.2.2.5	<u>Le livret d'accueil et le contrat de séjour</u> Le livret d'accueil est celui du CASVP. Il ne mentionne pas le respect des droits des personnes à l'exception de la participation au CVS et du recours possible au médiateur de la consommation. Une charte des droits et des libertés de la personne accueillie est cependant transmise avec le contrat de séjour. Le contrat de séjour renseigne sur les droits de libre choix du praticien, les droits relatifs à la protection et la gestion des données personnelles du résident, la personne de confiance et les directives anticipées. Les annexes au contrat de séjour portent également sur le droit à l'image et sur les mesures individuelles relatives à la liberté d'aller et venir qui n'a pas été transmise. <u>Procédure relative aux contentions</u> Il existe une procédure relative aux contentions ainsi qu'une autre procédure relative au renouvellement des contentions. Le protocole relatif aux contentions mentionne que les contentions ne sont mises en place que sur prescription du médecin. Les contentions ne sont pas comptabilisées et analysées dans le RAMA.	Remarque 13 : Le livret d'accueil ne fait pas mention des droits et libertés des personnes. Remarque 14 : Le RAMA ne permet pas d'analyser et de comptabiliser le nombre de contentions

Soins

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.8.2.9	<u>Convention EHPAD/Officine et circuit du médicament</u> Une convention entre l'EHPAD et une officine a été transmise. Elle est en date du 07/06/2018. Moyen de transmission des ordonnances de l'EHPAD à l'officine : la prescription médicale individuelle est transmise par l'EHPAD via le logiciel de gestion du dossier du résident « [REDACTED] » pour les établissements qui en sont équipés et par fax pour ceux qui n'en sont pas encore équipés d'après la convention entre l'EHPAD et l'officine transmise par l'établissement. Moyen de transmission des conseils thérapeutiques de l'officine : d'après la convention transmise, l'EHPAD s'engage à mettre à disposition des personnels spécifiquement formés sous le contrôle effectif du pharmacien référent. Il est mentionné que le pharmacien référent se rendra régulièrement dans les locaux de l'EHPAD afin d'informer, de former et de conseiller les équipes médicales et paramédicales de l'établissement.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Moyen de transmission des observations entre l'EHPAD et l'officine : pour les établissements équipés du logiciel [REDACTED], la pharmacie de référence a accès à distance au dossier informatisé du résident. La pharmacie de référence s'engage à transmettre semestriellement : le suivi de la consommation individuelle des résidents au médecin coordonnateur, le suivi de la consommation collective par classe et par coût. Le pharmacien référent s'engage à participer aux réunions de la commission de coordination gériatrique, au comité du médicament, à élaborer avec le MEDCO la liste par classe des médicaments à utiliser préférentiellement.	
3.8.2.22	<u>Délégation d'administration des médicaments par l'IDE</u> Un protocole de collaboration entre les IDE et les AS a été transmis. Il s'agit d'un protocole propre au CASVP. Ce protocole mentionne que dans les établissements sociaux et médico-sociaux, l'IDE peut collaborer avec « toute personne chargée de l'aide aux actes à la vie courante, dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier » (les AS). Les gestes réalisés se font sous le contrôle et la responsabilité de l'IDE. Les situations nécessitant la distribution et l'aide à la prise de médicaments par les AS : le résident n'est pas disponible lors de la distribution des médicaments par l'IDE ou bien l'IDE n'est pas disponible. Une formation est organisée pour les AS. Le MEDCO doit avoir coché la case acte de la vie courante sur la prescription. Le sachet est identifié par l'IDE à la main au nom et prénom du résident. Place le gobelet dans le poste de soins (sécurisé) de l'étage sur un plateau. L'AS n'est autorisé à prendre que les traitements préparés par l'IDE. En cas de doute, l'AS n'administre pas les traitements et en réfère à l'IDE.	
3.8.2.24	<u>Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur</u> Un protocole de lutte contre la douleur a été transmis. C'est un protocole du CASVP qui a été rédigé par deux IDE, le médecin coordonnateur et l'adjointe aux soins. Ce protocole est conforme à la réglementation. Avec les documents transmis, la mission ne peut s'assurer qu'il y a une évaluation de la douleur par an par résident.	Ecart n°19 : Le protocole de lutte contre la douleur ne permet pas à la mission de s'assurer qu'il y a une évaluation de la douleur par an par résident ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.
3.8.2.25	<u>Protocole soins palliatifs et fin de vie</u> Un protocole relatif aux soins palliatifs a été transmis. C'est un protocole du CASVP. Ce protocole ne mentionne pas la sédation profonde, les directives anticipées, la personne de confiance. Il n'est pas possible de s'assurer que ce protocole ait été rédigé, validé et connu du personnel. Le RAMA ne comporte pas d'éléments sur le sujet.	Ecart n°20 : La mission ne peut s'assurer que le protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie est rédigé, validé et connu par le personnel. Cela est contraire à l'article R1111-19 du CSP car il n'est pas possible de s'assurer de l'accès à ces directives.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.4.3.9	Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel Si le poids des résidents est satisfaisant les documents transmis par l'établissement ne concernent que la dernière pesée enregistrée pour le résident et la mission ne peut donc établir si un suivi mensuel des pesées est effectué dans l'établissement.	Ecart n°21 : La mission ne peut établir qu'un suivi mensuel des pesées est effectué dans l'établissement ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° et 3° du CASF.

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
4.2.1.2	Personnels médicaux et paramédicaux libéraux Un planning des interventions des personnels médicaux et paramédicaux libéraux a été transmis. Le médecin coordonnateur fait office de médecin traitant, un psychiatre et un pédicure interviennent dans l'établissement. Dans le questionnaire 7, l'établissement informe que suite à des retards de paiement, l'établissement n'a plus de kiné.	Ecart n°22 : Aucun kinésithérapeute n'intervient dans l'établissement ce qui contrevient à l'article D311 alinéa V point 8 du CASF.

Risques environnementaux

	Observations ou commentaires	Constat E/R
AMIANTE	L'établissement n'a pas transmis la fiche récapitulative du diagnostic amiante. Du plus aucune indication sur l'année de construction de l'établissement n'a été transmise.	Ecart n°23 : La Fiche récapitulative du DTA n'a pas été transmise (références : articles L.1334-12-1 à L.1334-17, L.1337-2 à L.1337-5, R.1334-14 à R.1334-29-9 du CSP et le Décret n° 2011-629 du 3 juin 2011 relatif à la protection de la population contre les risques sanitaires liés à une exposition à l'amiante dans les immeubles bâtis).
DASRI	L'établissement a transmis le document de conventionnement avec la centrale d'achats [REDACTED] en charge de la gestion des marchés dont celui des DASRI. Il ne s'agit pas d'une convention de collecte établie entre votre établissement et un collecteur. Même en cas de marché public, une convention spécifique entre une structure et un collecteur doit être établie. Ce point doit être libellé dans le CCTP du marché. Plusieurs bordereaux de suivis des déchets (cerfa 11351*04) ont été transmis. Il s'agit des feuillets n°4 et non des feuillets n°1 signés par l'installation destinataire attestant de l'élimination des DASRI.	Ecart n°24 : Aucune convention de collecte des DASRI n'a été transmise ce qui contrevient aux articles L.1335-2 et R.1335-1 à R.1335-14 du CSP ainsi qu'à l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques. Remarque 15 : L'établissement doit disposer des bordereaux de suivi de déchets dûment remplis (cerfa 11351*04) feuillet N°1 qui attestent de l'élimination des DASRI.

Les analyses transmises contiennent uniquement les résultats de l'année 2022. Les résultats d'analyses de légionelles comprennent le retour de boucle ainsi que des chambres de l'établissement. On note l'absence de prélèvement au niveau du fond de ballon.	LEGIONELLES La présence de flore interférente a été détectée dans la chambre 136, lors du recueil du 1^{er} jet (5000 ufc/L). Les résultats d'analyses de légionelles sont inférieurs au seuil de détection de 10 ufc/L, y compris les résultats d'analyses du 2^e jet de la chambre 136. Des températures supérieures à 50°C ont été mesurées sur plusieurs points d'usage. Remarque 16 : La direction doit s'assurer que l'ensemble des mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) sont réalisées régulièrement. Remarque 17 : La direction doit s'assurer la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette. Ecarts n°25 : L'établissement n'a pas fourni les analyses légionelles de l'année N (2023) ce qui contrevient à l'arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Cf Annexe 2). Ecarts n°26 : Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur ce qui contrevient à l'arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Cf Annexe 2).
--	--

Récapitulatif des écarts et des remarques

Nbre	Référence	Ecart	Référence juridique	Numéro IGAS
E1	Management et stratégie	En n'indiquant pas les rythmes de vie collectifs dans son règlement intérieur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article 311-37 du CASF.	Articles R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)	1.2.1.2
E2	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).	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).	1.2.1.6
E3	Management et stratégie	Le temps de présence du MEDCO n'est pas conforme à la réglementation (référence : Article D312-156 CASF).	Article D312-156 CASF	1.2.2.14
E4	Management et stratégie	Le médecin coordonnateur ne possède pas les qualifications requises pour le poste (référence : Article D312-157 du CASF).	Article D312-157 CASF	1.2.2.1
E5	Animation et fonctionnement	La mission ne peut s'assurer que le règlement intérieur a été approuvé par le CVS ce qui contrevient à l'article D.311-19 du CASF.	Article D.311-19 du CASF	1.3.3.1

	du Conseil de la Vie Sociale			
E6	Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale	Les comptes rendu des CVS ne sont pas datés ni signés par le président du CVS ce qui contrevient à l'article D.311-20 du CASF.	Article D.311-20 du CASF	1.3.3.1
E7	Gestion de la qualité	Aucun plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) n'a été transmis à la mission (référence : Article L312-8 du CASF).	Article L312-8 du CASF	1.4.2.1
E8	Gestion de la qualité	La dernière évaluation externe de l'établissement date d'il y a 9 ans ce qui contrevient à l'article D312-04 du CASF.	Article D312-04 du CASF	1.4.2.1
E9	Gestion de la qualité	L'établissement ne dispose pas de formation sur la bientraitance ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	Article L311-3, 1° du CASF	1.4.3.1
E10	Gestion de la qualité	L'établissement ne dispose pas de procédure particulière en cas de harcèlement moral et sexuel alors que des faits ont été signalés dans l'établissement ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF car la sécurité de l'usager n'est pas assurée.	Article L311-3, 1° du CASF	1.4.3.1
E11	Gestion de la qualité	L'établissement ne dispose pas de procédure de signalement en cas d'agression ce qui contrevient à l'article L.331-8-1 mentionnant la déclaration des EI à l'autorité compétente.	Article L331-8-1 du CASF	1.4.3.3
E12	Gestion des ressources humaines	Il n'existe pas de fiche de tâches heures distinctes pour les aides-soignants, les accompagnants éducatifs et sociaux (ex AMP) et les ASO au chevet. (Référence Article L311-3, 1° du CASF)	Article L311-3, 1° du CASF	2.1.4.2
E13	Gestion des ressources humaines	Des agents autres que les AS distribuent les médicaments. Ce qui contrevient aux dispositions réglementaires qui mentionnent que seuls les aides-soignants diplômés sont autorisés à distribuer les médicaments après avoir reçu une	Article R4311-5 du CSP	2.1.4.4

		formation délivrée par l'infirmière. (Référence Article R4311-5 du CSP)	
E14	Gestion des ressources humaines	L'absence de différenciation des tâches des aides-soignants, des accompagnants éducatifs et sociaux et des ASO au chevet fait courir le risque de glissement de tâches, ce qui contrevient aux articles L.451-1, D.312-155-0 du CASF et l'article L.4391-1 du CSP	2.1.4.4
E15	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La mission ne peut s'assurer de la tenue d'évaluations gériatriques à l'admission du résident dans l'établissement ce qui contrevient à l'article D312-158 6° du CASF.	3.2.1.2
E16	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Les documents transmis par l'établissement ne permettent à la mission de connaître la date du dernier PAI de 86 résidents et s'assurer de leur participation directe dans leur établissement ce qui contrevient aux articles L311-3, 3° et L311-3, 7° du CASF.	3.1.3.3
E17	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	En assurant la fonction de médecin traitant pour la quasi-totalité des résidents de l'EHPAD, le médecin coordonnateur ne peut assurer pleinement les autres missions qui incombent à sa fonction ce qui contrevient à l'article D312-158 du CASF.	3.1.4.5
E18	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La mission ne peut évaluer la qualité et si le temps de réponse moyen du système d'appel-malade de l'établissement garantit la sécurité des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3 1° du CASF.	2.5.4.3
E19	Soins	Le protocole de lutte contre la douleur ne permet pas à la mission de s'assurer qu'il y a une évaluation de la douleur par un par résident ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.	3.8.2.24
E20	Soins	La mission ne peut s'assurer que le protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie est rédigé, validé et connu par le personnel. Cela est contraire à l'article R1111-19 du	3.8.2.25

		CSP car il n'est pas possible de s'assurer de l'accès à ces directives.	
E21	Soins	La mission ne peut établir qu'un suivi mensuel des pesées est effectué dans l'établissement ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° et 3° du CASF.	3.4.3.9
E22	Coordination avec les autres secteurs	Aucun kinésithérapeute n'intervient dans l'établissement, ce qui contrevient à l'article D311 alinéa V point 8 du CASF.	4.2.1.2
E23	Amiante	La Fiche récapitulative du DTA n'a pas été transmise, ce qui contrevient aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.	Amiante
E24	DASRI	Aucune convention de collecte des DASRI n'a été transmise ce qui contrevient aux articles L.1335-2 et R.1335-1 à R.1335-14 du CSP ainsi qu'à l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques.	DASRI
E25	Légionnelles	L'établissement n'a pas fourni les analyses légionnelles de l'année N (2023) ce qui contrevient à l'arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Cf Annexe 2).	Légionnelles
E26	Légionnelles	Les analyses de légionnelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur ce qui contrevient à l'arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Cf Annexe 2).	Légionnelles

Nbre	Référence	Remarques	N° IGAS
R1	Management et stratégie	La mission ne peut s'assurer que le contenu du règlement de fonctionnement a été validé par le CVS.	1.2.2.1
R2	Management et stratégie	La mission ne peut établir qu'un IDEC est en poste dans l'établissement d'après les informations transmises.	1.2.2.12
R3	Gestion de la qualité	L'établissement n'a pas transmis d'évaluation interne.	1.4.2.1
R4	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	L'établissement n'assure pas de formation sur la distinction entre les EI des EIG.	1.5.1.3
R5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Le suivi des EI et EIG de l'établissement ne précise pas les faits ainsi les actions correctrices mises en place à la suite de l'évènement.	1.5.1.5
R6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Les données fournies par l'établissement le jour de l'inspection diffèrent des données envoyées postérieurement	2.1.1.1
R7	Gestion des ressources humaines	L'établissement ne propose pas régulièrement des formations à la bientraitance et au repérage de la maltraitance	2.1.2.1
R8	Gestion des ressources humaines	Les documents d'accueil du nouveau salarié ne présentent pas les valeurs portées par l'établissement et ne décrivent pas la procédure d'intégration à l'équipe.	2.1.2.5
R9	Gestion des ressources humaines	L'établissement n'a pas mis en place de groupe de parole ou de groupe d'analyse des pratiques.	2.1.2.5

R10	Gestion des ressources humaines	Les plannings ne permettent pas d'avoir une visibilité sur l'organisation de l'équipe de soins.	2.1.4.5
R11	Gestion des ressources humaines	L'établissement n'a pas finalisé la procédure relative à la gestion des absences, et les sigles utilisés ne sont définis préalablement et connus des agents.	2.1.4.7
R12	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	L'établissement n'a pas transmis de compte rendu de CCG, notamment celui de l'édition 2022.	3.1.4.4
R13	Respect des droits des personnes	Le livret d'accueil ne fait pas mention des droits et libertés des personnes	3.2.2.2 3.2.2.5
R14	Respect des droits des personnes	Les contentions ne sont pas comptabilisées et analysées dans le RAMA	3.2.3.1
R15	DASRI	L'établissement doit disposer des bordereaux de suivi de déchets dûment remplis (cerfa 11351*04) feuillelet N°1 qui attestent de l'élimination des DASRI.	DASRI
R16	Légionnelles	La direction doit s'assurer que l'ensemble des mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) sont réalisées régulièrement.	Légionnelles
R17	Légionnelles	La direction doit s'assurer la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.	Légionnelles

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD François 1^{er}, géré par le centre d'action sociale de la ville de Paris a été réalisé le 16 juin 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

1. Conformité aux conditions d'autorisation

-Un taux d'occupation et une répartition des GIR conformes à la réglementation

2. Animation et fonctionnement des instances

-Un CVS en place dans l'établissement

FONCTIONS SUPPORT

1. Gestion des ressources humaines

-Un taux d'absentéisme et de rotation du personnel faible

-Un livret d'accueil complet

PRISE EN CHARGE

1. Soins

-Un protocole relatif au circuit du médicament et à la délégation d'administration complet

Elle a également relevé les principaux dysfonctionnements suivants :

Ecarts majeurs :

- La mission ne peut évaluer la qualité et le temps de réponse moyen du système d'appel-malade de l'établissement pour garantir la sécurité des résidents
- Aucune convention de collecte des DASRI n'a été transmise.
- L'établissement n'a pas fourni les analyses légionelles de l'année N (2023).
- Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur.

Ecarts :

- L'établissement ne dispose pas de formation sur la bientraitance
- L'établissement ne dispose pas de procédure particulière en cas de harcèlement moral et sexuel alors que des faits ont été signalés dans l'établissement
- L'établissement a fourni une fiche de tâches unique pour les AS/AMP et ASO alors que ces personnels ne disposent pas des mêmes compétences. Cela constitue un glissement de tâche ne pouvant garantir une prise en charge assurant la sécurité du résident
- La mission ne peut s'assurer de la tenue d'évaluations gériatriques à l'admission du résident dans l'établissement
- Les documents transmis par l'établissement ne permettent à la mission de connaître la date du dernier PAI de 86 résidents et s'assurer de leur participation directe dans leur établissement
- En assurant la fonction de médecin traitant pour la quasi-totalité des résidents de l'EHPAD, le médecin coordonnateur ne peut assurer pleinement les autres missions qui incombent à sa fonction
- Le protocole de lutte contre la douleur ne permet pas à la mission de s'assurer qu'il y a une évaluation de la douleur par an par résident

- La mission ne peut établir qu'un suivi mensuel des pesées est effectué dans l'établissement
- La Fiche récapitulative du DTA n'a pas été transmise.

Remarques :

- Le médecin coordonnateur ne possède pas les qualifications requises pour le poste
- Les fiches de tâches communes des AS, AMP et ASO ne permettent pas de limiter les glissements de tâches au sein de l'établissement
- Les contentions ne sont pas comptabilisées et analysées dans le RAMA
- L'établissement doit disposer des bordereaux de suivi de déchets dûment remplis (cerfa 11351*04) feuillet N°1 qui attestent de l'élimination des DASRI)
- La direction doit s'assurer que l'ensemble des mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) sont réalisées régulièrement.
- La direction doit s'assurer que la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.

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

Saint Denis, le 19 septembre 2024

Madame Dalhia ELENGA

Coordinatrice de la mission d'inspection
Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale
ARS Île-de-France



Signature

Monsieur Frédéric MUSSO

Responsable de la mission d'inspection des ESMS
parisiens
Ville de Paris



Signature

Madame Sandra GROS-DAILLON

Technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire

ARS Île-de-France



Glossaire

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

Annexe 1 : Lettre de mission



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

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

Affaire suivie par : Jérôme FEYDEL
Courriel : jerome.feydel@ars.sante.fr
Téléphone : 01.44.02.09.84 / 06.99.57.48.46

Affaire suivie par : Diana DINU
Courriel : diana.dinu@ars.sante.fr
Téléphone : 01.44.02.03.67 / 06.67.72.15.08

Jérôme FEYDEL, coordinateur de la mission d'inspection, désigné en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence régionale de Santé Île-de-France au titre de l'article L.1435-7 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Diana DINU, chargée de mission personnes âgées, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Madame Cassandra ROCHETTE, 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 12 juin 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 cibles, 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.

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur-pièces de l'EHPAD « François 1er » (FINESS géographique 020004107) situé 6 rue de la Pléiade, 92600 Villiers-Cotterêts, géré par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, qui sera mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

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

La mission comprendra

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Cassandra ROCHETTE, 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 ;

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

- Jérôme FEYDEL, coordinateur de la mission d'inspection, désigné en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence régionale de Santé Île-de-France au titre de l'article L.1435-7 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France
- Diana DINU, chargée de mission personnes âgées, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France
- Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure du génie sanitaire responsable du Pôle Santé environnement, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation départementale de Paris.

Le contrôle, sur pièces, sera réalisé à compter du **lundi 12 juin 2023**. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. La mission pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

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

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

Pour la Directrice générale de l'Agence régionale
de santé d'Île-de-France et, par délégation,
Le directeur de la délégation départementale de Paris

Tanguy BODIN

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

Gaëlle TURAN-PELLETIER

Annexe 2 : Lettre de mission modificative



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

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

Affaire suivie par : Conrad Lajusticia
Courriel : conrad.lajusticia@ars.sante.fr
Téléphone : 06 60 77 11 75

Monsieur Patrick DELARUE

Directeur

EHPAD François 1er

Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris

Saint-Denis, le 29 AOÛT 2024

Monsieur le Directeur,

Le 12 juin 2023, votre établissement « Résidence François 1^{er} » (N° FINESS 020004107), situé au 6 rue de la Pléiade, 92600 Villiers-Cotterêts, géré par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, a fait l'objet d'un contrôle sur pièces, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants ainsi que sur le fondement des articles L.1421-1 et L.1435-7 du Code de la santé publique, mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

Ainsi, la mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

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

- Madame Dalhia ELENKA, coordinatrice de la mission de contrôle, désigné en qualité d'inspecteur par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France au titre de l'article L.1435-7 du Code de la Santé Publique, Délégation départementale de Paris ;
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet inspections EHPAD, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique Délégation départementale de Paris ;
- Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation départementale de Paris ;
- Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure du génie sanitaire, responsable du Pôle Santé Environnement, Délégation départementale de Paris ;
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation départementale de Paris.

Les dispositions prévues par la lettre de mission du 12 juin 2023 restent inchangées. Le présent courrier sera annexé au rapport qui vous sera transmis.

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

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

Pour la Maire de Paris et par délégation,

La Directrice adjointe de la Délégation départementale de Paris

Delphine CAZOR
Adjointe à la sous-directrice de l'Autonomie



Lucie DUFOUR



Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces

François 1^{er}

1	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
2	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
3	Règlement de fonctionnement	OUI
4	Plan des locaux de l'établissement	OUI
5	Projet d'établissement	OUI
6	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)	OUI
7	Organigramme	OUI
8	Diplôme du directeur de l'EHPAD	OUI
9	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD	OUI
10	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	OUI
11	Procédures et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)	OUI
12	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois	OUI
13	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	OUI
14	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
15	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, 3 derniers bulletins de salaires	OUI
16	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS	OUI
17	Les comptes rendus des CVS N et N-1	OUI
18	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation	OUI
19	Dernière évaluation externe	OUI
20	Dernière évaluation interne	NON
21	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2	OUI
22	Registre des plaintes et réclamations	OUI
23	Les trois dernières réclamations et leur traitement	OUI
24	Procédure de gestion des événements indésirables	OUI
25	Procédure de déclaration externe des dysfonctionnements graves	OUI
26	Liste des signalements à l'ARS et/ou Ville de Paris	OUI
27	Les deux derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les deux derniers EIG	OUI
28	Registre du personnel N-1 & N-2	OUI
29	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	OUI
30	Bordereaux de mission des personnels intérimaires pour le mois précédent	OUI
31	Plan de développement des compétences (formation) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1	OUI
32	Feuilles d'émargement N-1 et N de l'établissement	OUI
33	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)	OUI
34	Tableau du personnel des unités PASA ou UHR (excel)	NC
35	Les attestations de formation ou de qualification relatives à la prise en charge des maladies neuro-dégénératives du personnel dédié à ces unités	NC
36	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit	OUI

37	Une fiche de tâches hebdomadaires, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AMP, AES, ASG, IDE	OUI
38	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	OUI
39	Liste des professionnels à contacter en cas d'absence	OUI
40	Procédure d'admission des résidents	OUI
41	Les 2 derniers CR et feuilles d'émargement de la commission de coordination gériatrique	OUI
42	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	OUI
43	Relevé des appels malade du mois M-1	NON
44	Procédure d'élaboration et d'actualisation du PAI	OUI
45	Livret d'accueil du résident	OUI
46	Contrat de séjour d'un résident et ses annexes	OUI
47	Procédure relative aux contentions (liste anonymisée des résidents sous contention)	OUI
48	RAMA	OUI
49	Convention pharmacie EHPAD	OUI
50	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	OUI
51	Liste des personnes concernées par la délégation de l'administration des médicaments sur le semestre en cours	NC
52	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	OUI
53	Préciser les évaluations réalisées au cours de l'année N-1 avec les échelles utilisées, les scores obtenus et le nom des résidents concernés	OUI
54	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	OUI
55	Préciser les évaluations réalisées au cours de l'année N-1 avec les échelles utilisées, les scores obtenus et le nom des résidents concernés en soins palliatifs	OUI
56	Procédure de construction et de suivi du Projet de soins des résidents et le calendrier sur l'année N-1	OUI
57	Relevé des pesées, avec indication des écarts de pesée observées, le relevé des IMC, le relevé des albuminémies, le relevé des résidents sous CNO, pour tous les résidents accueillis dans la structure en année N-1	OUI
58	Les évaluations gériatriques réalisées : nature et résultat des évaluations réalisées, tous résidents en année N-1	OUI
59	Extraction du dossier de soins informatisé de trois résidents : DLU, projet de soin, relevé des soins, des observations médicales et paramédicales sur le trimestre T-1	OUI
60	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
61	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	OUI