

**Agence Régionale de Santé Île-de-France
Délégation départementale de Paris
Sous-Direction de l'Autonomie, Direction de
l'Action sociale, de l'enfance et de la santé,
Ville de Paris**

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

Adresse 83 rue de Sèvres, 75006 PARIS

N° FINESS 750800427

RAPPORT D'INSPECTION

2024_IDF_00014

Contrôle sur place le 14 novembre 2024

████████████████████, coordonnatrice de la mission d'inspection, Inspectrice de
l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

████████████████████ chargé de projet inspection EHPAD, Délégation
Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

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

████████████████████ chargé du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de
l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

████████████████████, conseillère médicale, Délégation Départementale de Paris,
ARS Ile-de-France

Textes de
référence

Articles L.6116-1 à L.6116-3 du Code de la santé publique

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

Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles

AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection 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 :
- Le rapport n'est communicable aux tiers qu'une fois reçu par l'inspecté ;
- 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 de l'inspection 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

1. Gouvernance	14
1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation	14
Le statut juridique de la structure	14
Les conditions d'autorisation	14
Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)	15
Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA)	15
La population accueillie	15
1.2. Management et Stratégie	18
Le règlement de fonctionnement	18
Le projet d'établissement	19
Le projet d'établissement : contenu	20
Le plan bleu	20
La direction, l'organigramme	20
Les CODIR / COMEX / COPIL	21
Les conflits entre direction et salariés	22
Relations Directeur/Gestionnaire	22
Directeur : contrat et prise de poste	22
Directeur : qualifications	23
Les astreintes administratives et techniques	24
La présence et le remplacement de la direction	24
Les délégations de signatures	24
Les subdélégations du directeur	24
L'IDEC	26
Le MédCo : temps de présence	26
Le MédCo : qualifications	26
Le MédCo : contrat	26
Les affichages	27
1.3. Animation et fonctionnement des instances	28
Le conseil de vie sociale (CVS) : organisation	28
Le CVS et les événements indésirables et dysfonctionnements	30
1.4. Gestion de la qualité	31
Les professionnels référents et responsable qualité	31
Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	31
L'évaluation et l'auto-évaluation	32
La politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance	32
Les situations de violence ou harcèlement	34
La déclaration des maltraitances	34
1.5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	35
Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction	35
La procédure de déclaration des événements indésirables (EI)	35
La procédure de gestion des événements indésirables en PECM	36
Déclaration et analyse des chutes.	37
Le signalement aux autorités administratives compétentes	38
2. Fonctions support	39
2.1. Gestion des ressources humaines	39
Les effectifs professionnels	39
Les contrats de travail	42
Le taux d'absentéisme	43
Les dossiers administratifs des professionnels	44
Les prestataires externes	44
Le plan de formation des professionnels	44
Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels	46
Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission) et questionnaire éthique	47
Les plannings des professionnels : confection	47
Les plannings des professionnels : organisation	48
Les expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end	49
Les fiches de poste des professionnels	49
Les glissements de tâches	49
La gestion des absences prévues et imprévues	50
2.2. Gestion d'information	50

Les données statistiques de la structure	50
Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA)	51
Le registre des entrées et sorties des résidents	51
Les dossiers administratifs des résidents	52
Le support et le contenu des dossiers médicaux des résidents	52
Le stockage et la sécurisation des dossiers médicaux des résidents	53
2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements	53
L'état général du bâtiment	53
Le suivi des réparations	53
Système et/ou salle de rafraichissement	54
L'accessibilité PMR des locaux	54
Les équipements facilitant le déplacement	54
Équipement de prévention de la maltraitance	54
2.4. Sécurités	54
Les déchets ménagers (DAOM)	54
Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)	54
Les vaccinations des résidents et des professionnels	56
L'aide à la prévention des chutes	56
La prévention des fugues	56
L Le système d'appels malades	57
3. Prises en charge	58
3.1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	58
Admission et entrée dans l'EHPAD	58
L'admission dans l'EHPAD	59
L'élaboration et le suivi des projets individuels d'accompagnement (PIA)	60
Les réunions de synthèse	60
Analyse des pratiques, échanges de bonnes pratiques dans le cadre de l'amélioration des prises en charge des résidents	60
Les médecins traitants	61
La complétude des dossiers médicaux	61
Les transmissions inter équipes	61
3.2. Respect des droits des personnes	62
La place des familles	62
La charte des Droits et Libertés des personnes accueillies	62
Les personnes qualifiées départementales	62
La personne de confiance des résidents	63
Les directives anticipées	63
Les contentions	64
Les mesures de protection juridiques en cas d'incapacité de gestion et protection des biens*	64
Les mesures de protection des biens	64
3.3. Vie sociale et relationnelle	65
L'animation	65
L'animation	65
3.4. Vie quotidienne. Hébergement	67
Les chambres	67
Les enquête de satisfaction	67
L'alimentation :	68
Les régimes, textures	68
La gestion des fausses routes	68
Les repas	70
Le suivi de l'état nutritionnel	70
Les toilettes	70
Les changes	71
Le circuit du linge	71
3.5. Soins : L'organisation de la continuité des soins	72
Equipe pluridisciplinaires mobilisées pour la PEC des résidents	72
Organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins	72
La coordination du MédCo, de l'IDEC, du pharmacien	74
3.6. Soins : Les moyens pour la prise en soin	75
Le poste de soins	75
Les équipements du poste de soins	75
La sécurisation du poste de soins	75

Les projets de soins individualisés (PSI)	76
L'organisation du travail des nouveaux professionnels IDE, AS, AES, ... (nouveaux CDI/CDD, vacataires, intérimaires, stagiaires)	76
Les dossiers de liaison d'urgence (DLU)	76
Le chariot d'urgence	76
Le défibrillateur automatique externe (DAE)	77
Prévention, dépistage et protocole de gestion de la douleur	77
Les soins palliatifs	77
Les procédures et protocoles de soins	77
3.7. Soins : Les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins	78
La traçabilité des soins par les professionnels de l'EHPAD	78
Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs	78
3.8. Soins : Le circuit du médicament	78
La procédure du circuit du médicament	78
L'identitovigilance des résidents	78
L'identification des médicaments jusqu'à l'administration	78
Les moyens de transmissions entre l'EHPAD et l'officine en pharmacie	79
Le stock de médicament pour besoins urgents	79
Les stupéfiants	80
Les prescriptions médicales	80
La liste préférentielle de médicaments (LPM)	80
La retranscription des prescriptions dans le dossier médical	80
La dispensation des médicaments par l'officine en pharmacie	80
Médicaments : préparation des piluliers	80
La préparation des médicaments (hors piluliers)	81
Les locaux et les conditions de préparation des médicaments au sein de l'EHPAD	81
Le stockage des médicaments (stock individuel, chariot médicaments)	81
Les dates de péremption des médicaments	81
La liste des médicaments écrasables	81
La délégation de l'IDE de l'administration des médicaments	82
Traçabilité de l'administration des médicaments ou des motifs de non-administration	82
4. Relations avec l'extérieur	83
4.1. Coordination avec les autres secteurs	83
Convention avec un établissement de santé	83
Convention avec des intervenants libéraux	83
Convention avec l'hospitalisation à domicile (HAD)	83
Convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs	83
Autres conventions	83
Convention avec une officine en pharmacie	84
Les DAC	84
5. Récapitulatif des écarts et des remarques	85
5.1. Écarts	85
5.2. Remarques	87
6. Conclusion	90
7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport	93
Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle	95
Annexe 2 : Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH	97
Annexe 3 Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue	102

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

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

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné, associant conjointement l'ARS et le Conseil Départemental.

Elle s'est déroulée dans de bonnes conditions.

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièce et sur place.

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

- Gouvernance :
 - Conformité aux conditions de l'autorisation
 - Management et Stratégie
 - Animation et fonctionnement des instances
 - Gestion de la qualité
 - Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- Fonctions support
 - Gestion des RH
 - Gestion budgétaire et financière
 - Gestion d'information
 - Bâtiments et espaces extérieurs et équipements
 - Sécurité
- Prises en charge
 - Organisation de la prise en charge
 - Respect du droit des personnes
 - Vie sociale et relationnelle
 - Vie quotidienne. Hébergement
 - Soins : L'organisation de la continuité des soins
 - Soins : Les moyens pour la prise en soins
 - Soins : Les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins
 - Soins : Le circuit du médicament
- Relations avec l'extérieur
 - Coordination avec les autres secteurs

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Présentation des écarts et remarques qui sont identifiés comme majeurs dans la prise en charge des résidents :

- Le nombre de bénéficiaires des activités du PASA est inférieure à la capacité autorisée.
- Le règlement de fonctionnement n'est pas remis au résident et n'est pas affiché ou mis à disposition dans l'établissement,
- Le règlement de fonctionnement n'est pas complet car il manque certaines dispositions réglementaires,
- L'établissement ne dispose pas d'un projet actualisé, ce qui ne permet pas de vérifier ses orientations, la nature et la qualité de la prise en charge,
- Le plan bleu n'est pas conforme car il manque certaines dispositions réglementaires,
- Le temps de présence du MedCo n'est pas conforme à la réglementation
- Les contrats du directeur et du médecin coordonnateur n'ont pas été transmis à la mission d'inspection et leur fiche de poste ne sont ni datées ni signées,
- Les diplômes du médecin coordonnateur n'ont pas été transmis,
- La responsable de soins n'a pas de subdélégation ,
- Le contrat de l'IDEC n'a pas été transmis,
- Les affichages ne sont pas conformes,
- La composition et le fonctionnement du CVS ne sont pas conformes aux attendus réglementaires et le règlement intérieur du CVS n'a pas été transmis à la mission d'inspection,
- L'établissement ne dispose pas de PACQ formalisé et opérationnel qui définit les objectifs à atteindre et les actions à améliorer,
- L'établissement n'a pas élaboré de procédure conforme aux attendus réglementaires concernant le traitement des EIG-EIGS et leur signalement aux autorités de tutelle,
- Les situations de maltraitance ne sont pas portées à la connaissance des personnels et l'établissement n'a pas mis en place une procédure traitant de ces situations,
- Le numéro Alma n'est pas affiché,
- La mission ne peut connaître l'effectif réel des salariés car le RUP ne donne pas les chiffres exacts,
- Les documents transmis à savoir le RUP et les plannings font ressortir la possibilité de glissement de tâches,
- Les effectifs ne sont pas suffisants pour assurer la prise en charge des résidents en toute sécurité
- L'établissement a recours à une grande proportion aux CDD,
- Les dossiers du personnel ne sont pas complets,
- Les prestations extérieures ne sont pas évaluées,
- Le taux de personnes ayant bénéficié de la formation AFGSU est faible,
- L'établissement n'a pas de procédures de remplacement du personnel en cas d'absence
- Il n'y a pas de local intermédiaire de stockage des DASRI pour limiter les risques infectieux,
- Il n'est pas garanti une participation active du résident à la construction de son PAP
- L'analyse des pratiques professionnelles n'est pas mise en place, ce qui ne permet pas une analyse des situations de maltraitance comme le recommande la HAS.
- La liste des personnes qualifiées affichée dans l'établissement n'est pas à jour,
- Les contentions ne sont pas encadrées et la mission ne peut analyser leur opportunité en l'absence de procédure y afférant,
- Il n'y a pas de commission de menus,
- L'établissement n'a pas transmis d'audit sur le circuit du médicament,

- Les mesures d'identitovigilance ne sont pas adaptées par l'établissement concernant les médicaments,
- La transmission des données médicales et des ordonnances n'est pas sécurisée.

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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 ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD Amitiés et Partage, situé au 83 rue de Sèvres, 75006 PARIS, géré par l'Association Chemins d'espérance, n° FINESS 750800427, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

Le contrôle de cet établissement, diligenté à ce titre sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), 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, dans une catégorie de risque élevé.

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le 14 novembre 2024, sans annonce préalable à l'établissement (visite inopinée).

Il a été réalisé conjointement par l'ARS et la Ville de Paris

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

- Gouvernance :
 - Conformité aux conditions de l'autorisation
 - Management et Stratégie
 - Animation et fonctionnement des instances
 - Gestion de la qualité
 - Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- Fonctions support
 - Gestion des RH
 - Gestion budgétaire et financière
 - Gestion d'information
 - Bâtiments et espaces extérieurs et équipements
 - Sécurité
- Prises en charge
 - Organisation de la prise en charge
 - Respect du droit des personnes
 - Vie sociale et relationnelle
 - Vie quotidienne. Hébergement

- Soins : L'organisation de la continuité des soins
 - Soins : Les moyens pour la prise en soins
 - Soins : Les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins
 - Soins : Le circuit du médicament
- Relations avec l'extérieur
- Coordination avec les autres secteurs

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 83 rue de Sèvres, 75006 PARIS, l'EHPAD est géré par l'association Chemins d'espérance située 12 rue de l'Abbé Grégoire 75006.

Ouvert en 2007, l'EHPAD Amitié et Partage dispose de 73 places en hébergement permanent.

L'EHPAD Amitié et Partage dispose de deux bâtiments (le bâtiment historique et le Pavillon construit en 2003) reliés en rez-de-chaussée. Il est implanté sur un site comprenant un jardin et une chapelle.

Le bâtiment Pavillon comprend : 3 étages, 20 chambres et un ascenseur accessible aux personnes handicapées.

Le bâtiment Jumilhac comprend : 4 étages, 53 chambres et 4 ascenseurs accessibles aux personnes handicapées.

Il est habilité de l'aide sociale pour l'ensemble de ses places.

L'EHPAD est conçu pour accueillir également des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer.

Il est doté d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)

Selon l'ERRD 2023, le GMP s'élève à [REDACTED] et le PMP à [REDACTED]. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en moyenne en dessous des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés.

En 2023 les places étaient réparties comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD N 2023	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
IDF ²	18%	40%	18%	17%	7%

Le budget de fonctionnement est de [REDACTED] en 2023, dont [REDACTED] € au titre de l'hébergement, [REDACTED] € au titre du soin et 498148,68 € au titre de la dépendance.

Le CPOM a été signé en 2019 (2019-2023 et prorogé par un avenant en 2024). Ses principaux objectifs sont :

- Diversifier l'offre et accentuer la coordination avec les partenaires en mobilisant les ressources sanitaires et médico-sociales du territoire
- Faciliter les parcours et faire évoluer l'accompagnement
- Optimiser la gestion des établissements et des services

¹ Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 738 et 221 ; en prenant uniquement en compte les établissements du privé lucratif de plus de 100 places, le GMP médian est de 725 et le PMP 216.

² ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Amitiés et Partage		
Nom de l'organisme gestionnaire	Association Chemins d'espérance		
Numéro FINESS géographique	750800427		
Numéro FINESS juridique	750057291		
Statut juridique	Privé non lucratif		
Option tarifaire	Partiel		
PUI	SANS PUI		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ³
	HP	73	70
	HT		3
	PASA		
	UHR		
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	100%		

		2018	
PMP Validé		■	
GMP Validé		■	

Constats

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

³ Au jour du contrôle sur place

1. Gouvernance

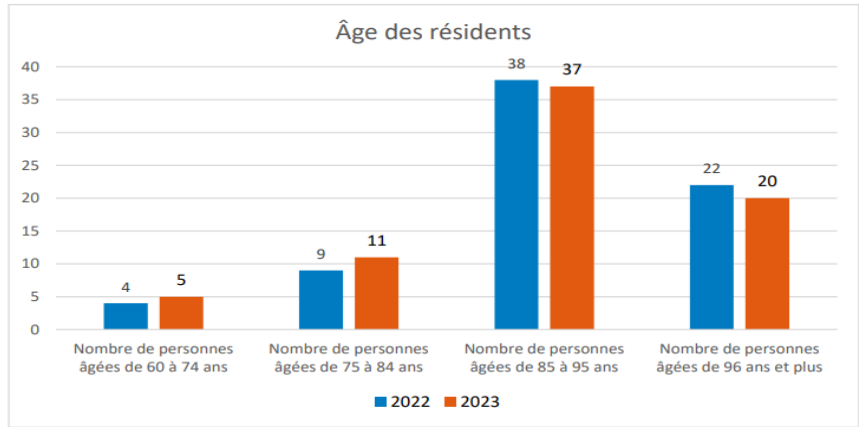
1.1. Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
1.1	1.1.1	Conformité aux conditions d'autorisation	<p><u>Le statut juridique de la structure</u></p> <p>L'EHPAD Amitié et Partage est un établissement géré par l'Association Chemins d'espérance. C'est un organisme gestionnaire relevant du secteur privé non lucratif par une fusion en 2015 entre deux associations : Le Partage Solidarité Accueil et Espérance et Accueil.</p> <p>Des procès-verbaux des assemblées générales ainsi que les procès-verbaux du conseil d'administration de 2022 et 2023 de l'organisme gestionnaire ont été présentés.</p> <p>Écart 1 : L'établissement n'a pas présenté à la mission d'inspection les documents concernant le fonctionnement et l'organisation de l'organisme gestionnaire, conformément aux articles L312-1 6° et L313-1, 4e alinéa du CASF.</p>
1.1	1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation	<p><u>Les conditions d'autorisation</u></p> <p>L'établissement respecte les conditions de son autorisation qui octroie 73 places en hébergement permanent.</p> <p>Le taux d'occupation est de 98,72% en 2023. Il est conforme à l'autorisation.</p> <p>En 2022, 28% des résidents étaient bénéficiaires de l'aide sociale.</p> <p>L'établissement dispose d'un PASA labélisé de 12 places en janvier 2015, mais ne reçoit que 10 résidents à cause d'une variation de profils demandant une prise en charge beaucoup plus lourde. Selon le compte - rendu de la réunion du PASA du 24 janvier 2024, « il accueille de moins en moins de profils adaptés et reçoit des profils variés, ce qui limite les possibilités d'accompagnement ».</p> <p>D'après les plannings analysés, il reçoit en fait 6 à 8 résidents par jour et la liste change chaque demi-journée. En effet, l'établissement s'interroge sur l'adaptation du profil au PASA de quelques résidents à cause des problèmes de mobilité réduite ou de troubles cognitifs importants.</p> <p>En l'état actuel, Il ne répond pas aux critères de labellisation.</p> <p>Écart 2 : En ne remplissant pas les objectifs attendus concernant le fonctionnement du PASA , l'établissement contrevient à l'article D312-155-0-1 du CASF.</p>

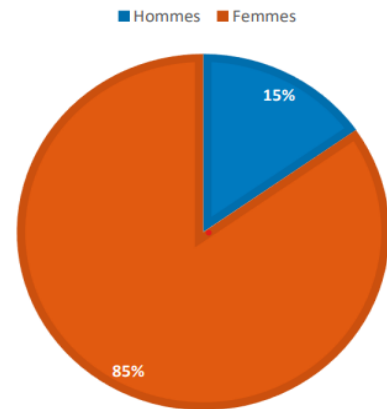
N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
1.1	1.1.3	Conformité aux conditions d'autorisation	<p><u>Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)</u></p> <p>Le CPOM signé le 3 octobre 2019 a expiré en 2023 et un avenant N°3 le prorogeant, sans délai, a été signé le 15 mai 2024 suite au moratoire décidé par les autorités suspendant la mise en place négociation des CPOM .</p> <p>Ses principaux objectifs sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diversifier l'offre et accentuer la coordination avec les partenaires en mobilisant les ressources sanitaires et médico-sociales du territoire • Faciliter les parcours et faire évoluer l'accompagnement • Optimiser la gestion des établissements et des services
1.1	1.1.4	Conformité aux conditions d'autorisation	<p><u>Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA)</u></p> <p>L'établissement a rédigé un projet de service qui était présenté et labélisé en janvier 2015 par les autorités de contrôle. Ce PASA compte 14 places pour les résidents présentant des troubles cognitifs modérés diagnostiqués et comportementaux modérés. Il propose plusieurs activités adaptées aux besoins des résidents concernés.</p>
1.1	1.1.5	Conformité aux conditions d'autorisation	<p><u>La population accueillie</u></p> <p>Population</p> <p>L'établissement accueille 73 résidents dont l'âge moyen est de 90 ans et 2 mois.</p> <p>18% de personnes sont sous protection judiciaire. L'établissement observe à ce sujet que « peu de résidents en bénéficient malgré un niveau de dépendance croissant. Beaucoup de familles privilégient la représentation familiale qui n'a hélas aucune valeur juridique ».</p> <p>Ce constat peut s'analyser comme une présence efficace des familles traduisant leur réelle implication, toutefois l'absence d'une protection judiciaire est susceptible de ralentir une décision impactant la prise en charge des résidents concernés. .</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque 1 : L'initiation par l'établissement d'un dialogue avec les familles sur les intérêts d'une mesure de protection juridique contribuerait à une meilleure prise en charge des résidents.</p> </div>

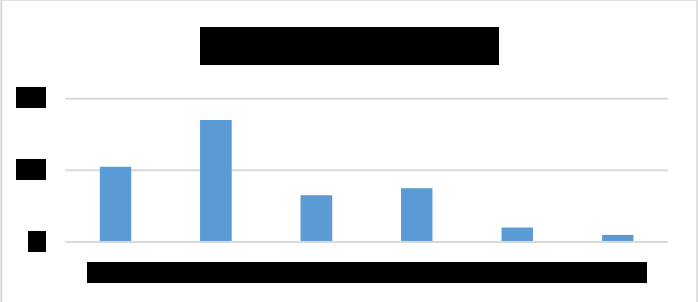
N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
--------	---------	------------	------------------------------

	2021	2022	2023
Moyenne d'âge des résidents	90	90	90



SEXE DES RÉSIDENTS EN 2023 (AU 31.12.2023)



N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<p>GIR des résidents</p> <p>[Redacted text]</p>  <p>[Redacted text]</p>  <p>[Redacted text]</p> <p>[Redacted text]</p> <p>[Redacted text]</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<p>██████████</p> <p>██████████</p> <p>██████████</p> <p>██████████</p> <p>La proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3, supérieure à 20 % de la capacité autorisée, est conforme à la réglementation.</p>

1.2. Management et Stratégie

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
1.2	1.2.1	Management et Stratégie	<p><u>Le règlement de fonctionnement</u></p> <p>L'établissement dispose d'un règlement de fonctionnement. Le préambule indique que « ce règlement de fonctionnement a été adopté par le Conseil d'administration de Chemins d'Espérance le 03/05/2018, soumis à la consultation du CVS le 12/03/2024, après actualisation ».</p> <p>Le CVS a été consulté dans l'élaboration du règlement de fonctionnement.</p> <p>Les documents transmis n'apportent pas la preuve que le règlement de fonctionnement est transmis à chaque résident. Celui-ci n'est pas affiché à l'accueil de l'établissement.</p> <p>Écart 3 : Le règlement de fonctionnement n'est pas remis au résident et n'est pas affiché ni mis à disposition dans un classeur au sein de l'établissement, ce qui contrevient à l'article R311-34 du CASF.</p>
1.2	1.2.2	Management et Stratégie	<p>Le règlement de fonctionnement est subdivisé en plusieurs volets autour des valeurs suivantes : l'accueil, l'espérance, la solidarité et le partage.</p> <p>Le contenu se présente ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Présentation de l'établissement et des prestations offertes : les repas, le nettoyage et le marquage du linge, l'entretien des chambres et des parties communes, la coiffure et la pédicure, les activités d'animation,

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de vie sociale : les horaires et les rythmes de vie, • Tarifs hébergement, • Projet de soins avec une équipe de soins, • Présence du conseil de vie sociale, d'une commission de menus et une commission d'animation, • Bien-être, bientraitance et numéro Alma, • Charte des droits et des libertés de la personne âgée, • Protection des données personnelles. <p>Ce règlement de fonctionnement est incomplet car il manque les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temps de réunions, transmissions, partage d'information, • Accueil des nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles, • Sûreté des personnes et des biens, • Mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, • Modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, • Transferts et déplacements. <p>Écart 4 : Par son incomplétude, le règlement de fonctionnement contrevient aux articles R.311-35, R.311-36 et R.311-37 du CASF.</p>
1.2	1.2.3	Management et Stratégie	<p><u>Le projet d'établissement</u></p> <p>L'établissement n'a pas actualisé son projet. Le dernier projet date de 2015 et était valable jusqu'en 2020.</p> <p>Une démarche d'actualisation de ce projet a été engagée avec la participation du personnel et la mise en place de plusieurs groupes de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe de travail institutionnel - Groupe de travail projet hôtelier - Groupe de travail projet animation - Groupe de travail projet de soins <p>Chaque groupe de travail est conduit par un référent. Un calendrier de travail a été adopté pour l'élaboration de ce projet d'établissement.</p> <p>Écart 5 : L'établissement ne dispose pas d'un projet valide, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
1.2	1.2.4	Management et Stratégie	<p><u>Le projet d'établissement : contenu</u></p> <p>L'absence du projet d'établissement ne permet pas à la Mission d'inspection de contrôler sa stratégie managériale, la conformité des axes d'orientations et la qualité de la prise en charge des résidents.</p> <p>Écart 6 : L'absence du projet d'établissement ne permet pas à la mission d'inspection de contrôler les orientations de l'établissement et d'avoir une connaissance éclairée sur les prestations et les actions de l'établissement au bénéfice des résidents, ce qui n'est pas conforme aux dispositions des articles L311-3 et L311-8 du CASF.</p>
1.2	1.2.5	Management et Stratégie	<p><u>Le plan bleu</u></p> <p>L'établissement dispose d'un plan bleu mis à jour le 06/06/2024. Il rappelle le cadre réglementaire du plan bleu avec une présentation du plan des locaux. Tous les services et les personnes de la cellule de crise sont renseignés ainsi que les contacts de chaque acteur de la cellule de crise, sous la responsabilité directe du directeur de l'établissement.</p> <p>La procédure de déclenchement du plan est détaillée. Les procédures pour chaque risque et origine du risque sont présentées et synthétisées par des schémas.</p> <p>Le contenu du plan bleu est insuffisamment détaillé. Les modalités de prise en charge, la continuité des activités et de reprise des activités sont décrits insuffisamment.</p> <p>Écart 7 : Le plan bleu présente les éléments réglementaires, toutefois il n'est pas suffisamment descriptif pour permettre l'analyse des modalités des prises en charge des risques, de la continuité d'activité et de la reprise d'activité, 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.</p>
1.2	1.2.6	Management et Stratégie	<p><u>La direction, l'organigramme</u></p> <p>L'organigramme de l'établissement avec les ETP présente les liens hiérarchiques et les liens fonctionnels.</p> <p>Dans la subdélégation il est indiqué que « <i>le directeur d'établissement dispose de l'autorité, de la compétence et des moyens pour effectuer les pouvoirs délégués par le Directeur</i> ».</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
1.2	1.2.7	Management et Stratégie	<p data-bbox="495 882 824 914"><u>Les CODIR / COMEX / COFIL</u></p> <p data-bbox="495 927 2130 994">Les CODIR sont réguliers. Il y a eu 5 CODIR en 2024 traitant de questions diverses liées à l'organisation et au fonctionnement de l'institution, mais aussi à la prise en charge des résidents : recrutement, circuit du médicament, formation, préparation de l'évaluation de l'établissement.</p> <p data-bbox="495 1007 2130 1074">Le CODIR est composé de tous les cadres de la direction (Directeur, MedCo, IDEC, Gestionnaire comptable, Responsable logistique et maintenance, Responsable hôtelier).</p> <p data-bbox="495 1086 2130 1131">Remarque 2 : Les comptes-rendus des CODIR ne mentionnent pas le nom du rédacteur et sa fonction et ils ne sont pas formalisés.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
1.2	1.2.8	Management et Stratégie	<p><u>Les conflits entre direction et salariés</u></p> <p>Le climat est positif, le personnel soignant est engagé dans l'institution, ainsi que l'équipe hôtelière. Selon la direction, les relations avec les représentants syndicaux sont à améliorer car la communication n'est pas fluide par manque de concertation préalable avant la prise des décisions.</p>
1.2	1.2.9	Management et Stratégie	<p><u>Relations Directeur/Gestionnaire</u></p> <p>Le Directeur est bien accompagné par l'organisme gestionnaire : des rencontres ou réunions formelles et informelles sont organisées entre le directeur et l'organisme gestionnaire.</p> <p>L'organisme gestionnaire centralise certaines missions et sert de fonction support à l'établissement dans certains domaines : paie et comptabilité, process qualité et la rédaction du projet associatif.</p> <p>Depuis 3 mois les comptes - rendus sont davantage informatisés, et cela facilitent l'accès complet aux informations.</p> <p>Le CODIR est organisé tous les mardis. Il y a aussi des réunions d'informations flash de 3 quarts d'heure proposées par l'organisme gestionnaire sur des thématiques variées.</p> <p>En cas de vacance de poste du directeur, un responsable de secteur au niveau du siège assume sa mission.</p>
1.2	1.2.10	Management et Stratégie	<p><u>Directeur : contrat et prise de poste</u></p> <p>Le Directeur est en poste depuis novembre 2020. Il a signé un contrat en CDI à temps partiel de 0,40 ETP. Il est également le directeur d'un autre HEPAD de la même association, Grenelle à 0,50 ETP et a 0,10 ETP pour la coordination.</p> <p>Sa fiche de poste indique en effet que « <i>Sous l'autorité et la responsabilité du Directeur général, dans le respect des instructions, des protocoles et procédures applicables à ses activités, il (elle) est responsable de la direction de l'EHPAD Grenelle et de la coordination des établissements Amitié et Partage et la Source d'Auteuil. Il (elle) est d'abord appelé(e), dans l'établissement La Rose des Vents dont il a la responsabilité directe, à assurer un rôle d'accompagnement quotidien des résidents et des personnels pour favoriser au mieux la vie de tous et maintenir un climat de sérénité et de sécurité. Les responsables de communauté contribuent avec lui (elle) à ce soutien. Il (elle) assure ensuite la coordination des projets, des actions et des équipes des établissements situés dans son pôle</i> ».</p> <p>Son contrat n'a pas été transmis à la Mission d'inspection.</p> <p>Écart 8 : Le contrat de travail du directeur n'a pas été présenté tel que le dispose l'article L315-17 du CASF. La mission d'inspection ne peut s'assurer de la conformité de ses fonctions.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<p>Le Directeur exerce les mêmes fonctions sur d'autres établissements de l'organisme gestionnaire. Il a une fiche de poste non signée qui présente les fonctions exécutées par un directeur en poste au sein de cet organisme.</p> <p>Cette fiche est cohérente au regard des missions attendues d'un Directeur qui sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestion de la coordination technique et administrative, • Management de l'équipe de direction, • Animation des instances (Comité de direction et réunion de coordination avec l'équipe du pôle), • Elaboration des plans de formation et Pilotage de leur mise œuvre, • Comptabilité et gestion : <ul style="list-style-type: none"> ○ Suivi des admissions et des décès, ○ En lien avec le comptable d'établissements : Pilotage de l'adéquation des dépenses et les budgets alloués, ○ Suivi des créances et des relances, • Management du correspondant Comptabilité sur : <ul style="list-style-type: none"> ○ Suivi des factures, Contrôle de l'économat : bons de commande, bons de livraison, ○ Factures etc., • Développement Territorial et Partenariat avec les services déconcentrés de l'Etat : <ul style="list-style-type: none"> ○ Relations avec le réseau territorial ○ Pilotage, en lien avec la Direction Ingénierie de projet et relations contractuelles, des réponses aux appels à projets, • Communication et culture associative. <p>Remarque 3 : La fiche de poste du directeur n'est ni datée ni signée .</p>
1.2	1.2.11	Management et Stratégie	<p><u>Directeur : qualifications</u></p> <p>Le Directeur est titulaire d'un [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Les diplômes du directeur sont réglementaires.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
1.2	1.2.12	Management et Stratégie	<p><u>Les astreintes administratives et techniques</u></p> <p>Les astreintes sont administratives et techniques.</p> <p>Elles sont assurées par les cadres de la direction : le directeur, le cadre de santé et le cadre d'hôtellerie par roulement toutes les 3 semaines, du lundi 9h au lundi 9h, avec un téléphone.</p> <p>Le Planning des astreintes n'est pas affiché, mais il existe un numéro unique qui ne change pas.</p> <p>Il n'y a pas de saisie manuelle des informations car tout est informatisé.</p> <p>En cas de problèmes techniques majeurs, le directeur des opérations et de la qualité du groupe intervient en appui.</p> <p>Il n'y a pas de garde médicale.</p>
1.2	1.2.13	Management et Stratégie	<p><u>La présence et le remplacement de la direction</u></p> <p>En cas d'absence du directeur, celui-ci est remplacé par la comptable, mais le siège peut aussi déléguer un cadre de remplacement.</p> <p>Il n'y a pas de procédure de remplacement.</p> <p>Remarque 4 : L'établissement ne dispose pas de procédure de remplacement du directeur.</p>
1.2	1.2.14	Management et Stratégie	<p><u>Les délégations de signatures</u></p> <p>La subdélégation est inscrite dans la lettre de mission indiquant que « Par délégation de la Direction générale et en raison de son statut hiérarchique, le Directeur.rice de pôle a autorité hiérarchique sur les Directeurs.rices d'Amitié et Partage et La Source d'Auteuil ».</p> <p>Il n'y a pas d'autres documents plus spécifiques à la délégation de signature.</p> <p>Écart 9 : Le document unique de délégation n'est pas formalisé et n'est pas présenté au CVS, ce qui contrevient à l'article D312-176-5 du CASF</p>
1.2	1.2.15	Management et Stratégie	<p><u>Les subdélégations du directeur</u></p> <p>Il n'y a pas de subdélégations à d'autres cadres de la direction alors qu'il est écrit sur la fiche de poste du responsable de soins que « <i>Au sein de l'EHPAD, le responsable des soins assure le pilotage opérationnel du projet de soins et du projet de vie. Il/elle est le garant de la démarche qualité et assure l'évaluation des pratiques et de l'ensemble des process qui concerne la qualité du parcours du résident. Le/la responsable des soins agit sur délégation du directeur d'établissement. Il/elle assure le management des équipes pluridisciplinaires qui concourent à l'accompagnement médical et paramédical. Il définit et met en œuvre les dispositions organisationnelles et réglementaires qui garantissent le bon fonctionnement de l'accompagnement des soins et des bonnes pratiques professionnelles. Le responsable des soins est le représentant de l'institution auprès des usagers et de leurs familles ainsi que de l'ensemble des partenaires médicaux et paramédicaux. Il assure la coordination et l'intégration de l'établissement dans les réseaux gérontologiques locaux</i> ».</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			Écart 10 : Le responsable de soins agit au nom de l'établissement sans avoir signé une subdélégation, ce qui contrevient aux articles D315-67 et D315-69 du CASF.

1.2	1.2.16	Management et Stratégie	<p><u>L'IDEC</u> Il existe une fiche de poste de l'IDEC qui n'est ni datée, ni signée. Le cadre de santé possède un diplôme d'état d'infirmier et a un numéro Adeli. Il a également des diplômes universitaires : ██████████ ██████████ L'IDEC est inscrit à l'ordre des infirmiers et ses diplômes sont conformes.</p> <p>Remarque 5 : Le contrat du cadre de santé n'a pas été transmis et sa fiche de poste n'est ni signée ni datée.</p>
1.2	1.2.17	Management et Stratégie	<p><u>Le MédCo : temps de présence</u> L'établissement dispose d'un médecin coordinateur avec un temps de présence de 0,30 ETP. Il n'assure pas les astreintes médicales. Avec 73 places, le temps de présence du MedCo dans cet établissement doit être à 0,60 ETP, ce qui n'est pas le cas dans cet EHPAD.</p> <p>Écart 11 : Le temps de présence du MedCo ne répond pas à l'article du D312-156 du CASF.</p>
1.2	1.2.18	Management et Stratégie	<p><u>Le MédCo : qualifications</u> Les diplômes du médecin coordonnateur n'ont pas été présentés ainsi que son inscription à l'ordre des médecins.</p> <p>Écart 12 : En l'absence de transmission des diplômes du médecin coordonnateur et de son inscription à l'ordre des médecins, la mission ne peut vérifier si celui-ci dispose de compétences lui permettant d'exercer ce poste, ce qui contrevient à l'article D312-157 du CASF.</p>
1.2	1.2.19	Management et Stratégie	<p><u>Le MédCo : contrat</u> Le contrat du médecin coordinateur n'a pas été transmis à la Mission d'inspection. Il n'est pas le médecin traitant des résidents, mais en l'absence de médecin traitant, le Medco utilise son temps pour pallier cette carence.</p> <p>Écart 13 : En l'absence de transmission du contrat du médecin coordonnateur, la mission ne peut déterminer si les conditions de son exercice répondent aux exigences des articles D.312-159-1 et R313-30-1 du CASF.</p>

1.2	1.2.20	Management et Stratégie	<p><u>Les affichages</u></p> <p>L'établissement a présenté certaines affiches réglementaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'organigramme, • Tarifs journaliers des prestations, • Les 3 tarifs dépendance (GIR), • Chartres de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, • Arête de désignation de la personne de cofinance ainsi que la liste des personnes désignées, • Plannings Activités, • tarifs des prestations externes, • Menu, • Registre des réclamations. <p>Les affiches obligatoires ne sont pas tous présentés dans l'établissement. Il manque par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dernière enquête de satisfaction, • Règlement intérieur, • Numéro 3977/ALMA, • PV des CVS et composition CVS, • Règlement de fonctionnement (dans livret d'accueil) <p>Écart 14 : Les affichages réglementaires ne sont pas conformes aux articles L311-4 CASF (contrat de séjour - livret d'accueil avec charte droits et libertés, règlement intérieur), R311-34 CASF (règlement de fonctionnement affiché et remis à tout résident, professionnels ou bénévoles), R311-32-1 CASF et R314-162 CASF.</p>
-----	--------	--------------------------------	--

1.3. Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
1.3	1.3.1	Animation et fonctionnement des instances	<p><u>Le conseil de vie sociale (CVS) : organisation</u></p> <p>La date de mise en place du CVS et d'élection des membres n'a pas été communiqué. Aucun procès-verbal de mise en place n'a été transmis.</p> <p>Sa composition est la suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collège des résidents : 6 membres (2 titulaires, 2 suppléants, 2 égalité) - Collège familles : 4 membres (2 titulaires, 1 suppléant, 1 égalité) - Membres de droit : 3 (représentants de la congrégation et l'association des familles chemins de l'Esperance). <p>La composition du CVS est incomplète par l'absence de représentants des mandataires, un représentant des représentants légaux des personnes accompagnées, médecin coordonnateur, des représentants d'équipe de soins, représentants de bénévoles.</p> <p>L'analyse des ordres du jour signés par la présidente montre qu'il n'y a pas systématiquement un secrétaire de séance. Bien qu'il se réunisse régulièrement, la gouvernance du CVS n'est pas clairement établie. La lecture des ordres du jour ne permet pas de voir les membres qui gèrent la gouvernance du CVS.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p>Écart 15 : La date et les modalités de l'élection du CVS ne sont pas connues, ce qui contrevient à l'article D311-10 du CASF.</p> <p>Écart 16 : La composition et le fonctionnement du CVS contreviennent à l'article D311-4 du CASF.</p> </div> <p>En 2024, le CVS s'est réuni 3 fois. Les sujets traités dans les ordres de jour sont variés.</p> <p>Le CVS du 12 mai 2024 a eu l'ordre du jour suivant :</p>


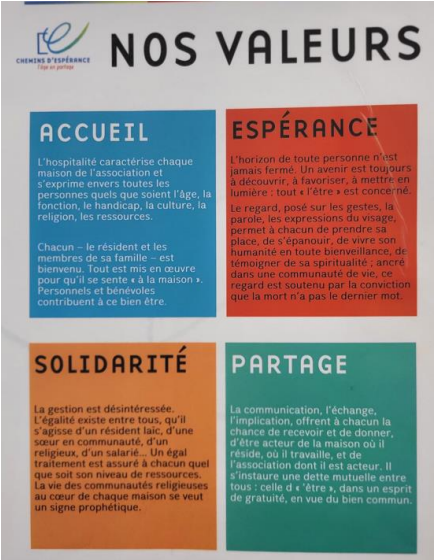
N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<p><u>Ordre du jour :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Adoption du PV du 9 octobre 2023 ; ❖ Informations de la Directrice ; ❖ Point sur l'enquête satisfaction Animation et projets 2024 ; ❖ Avis sur le règlement de fonctionnement (révisé) ; ❖ Présentation du Rapport d'activités du CVS 2023 ❖ Présentation des plaintes, Evènements indésirables 2023 ; ❖ Questions diverses ; <p>CVS du 26 septembre 2024 :</p> <p><u>Ordre du jour :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Désignation du secrétaire de séance ; ❖ Adoption du PV du 12 juin 2024 ; ❖ Informations sur la vie de la Maison ; ❖ Informations et préparation de l'évaluation HAS ; ❖ Questions des élus ; <p>CVS du 12 juin 2024 :</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<p><u>Points à l'Ordre du jour :</u></p> <p>1/Adoption du PV du CVS du 12 mars 2024</p> <p>2/ Informations de la Directrice</p> <p>3/Avis quant aux tarifs hébergement 2024</p> <p>4/Présentation de l'évaluation HAS</p> <p>5/ Avis sur l'accueil des animaux au sein de l'EHPAD Amitié et Partage</p> <p>6/ Avis quant au PAI 2022</p> <p>7/ Questions diverses</p> <p>Écart 17 : Le règlement intérieur du CVS n'a pas été transmis, la Mission ne peut s'assurer de sa conformité, ce qui contrevient à l'article D311-19 du CASF.</p>
1.3	1.3.2	Animation et fonctionnement des instances	<p><u>Le CVS et les évènements indésirables et dysfonctionnements</u></p> <p>Le CVS est informé des dysfonctionnements et des EI au sein de l'établissement.</p> <p>Les comptes - rendus des CVS font état des échanges à ce sujet.</p>

1.4. Gestion de la qualité

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
1.4	1.4.1	Gestion de la qualité	<p><u>Les professionnels référents et responsable qualité</u></p> <p>Il n'y a pas de référents qualité nommés dans l'établissement. Le directeur ou son adjoint gère directement la qualité. Une responsable qualité pour les 27 établissements de Chemin d'Espérance intervient ponctuellement dans l'établissement pour le traitement des EIG et donner des préconisations sur l'évaluation externe.</p>
1.4	1.4.2	Gestion de la qualité	<p><u>Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)</u></p> <p>La Mission d'inspection n'a pas reçu le PACQ de l'établissement. Il a été précisé à la Mission qu'il est en cours de structuration dans leur logiciel. Quatre thématiques sont retenues par la responsable qualité-gestion des risques (RQGDR) qui a accompagné l'établissement à la réalisation de l'évaluation de 2024.</p> <p>La RQGDR a présenté la démarche de cette évaluation lors du CVS du 12 juin 2024.</p> <p>La Mission a constaté au fil des entretiens que le PACQ est non suivi d'effet en dehors de la période d'évaluation alors que des actions d'amélioration sont référencées. Dans le rapport d'activité 2023, les objectifs définis dans le CPOM sont évalués. Il ne s'agit pas pour autant d'un PACQ.</p> <p>L'EHPAD travaille avec le prestataire [REDACTED] lors des commissions de menus. Il n'y a pas de comptes-rendus de ces réunions. Un retour des actions réalisées est fait aux membres du CVS. La Mission n'a pas d'éléments d'évaluation sur les autres prestataires.</p> <p>Remarque 6 : Le PACQ n'a pas été fourni à la Mission d'inspection.</p> <p>Remarque 7 : Aucun compte-rendu de réunion avec le prestataire [REDACTED] n'est rédigé.</p> <p>Remarque 8 : L'établissement ne fait pas d'évaluation et bilans des prestations externes</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
1.4	1.4.3	Gestion de la qualité	<p><u>L'évaluation et l'auto-évaluation</u></p> <p>La précédente évaluation date de 2015.</p> <p>L'évaluation 2024 s'est déroulée le 14 novembre 2024, le même jour que la visite d'inspection. L'autoévaluation a été réalisée dans [REDACTED] Faisant suite au point précédent (1.4.2), le rapport d'évaluation transmis le 27/12/2024 indique que : « <i>La mise en place et le suivi des plans d'actions qualité est partielle</i> ».</p> <p>L'évaluation étant récente, l'établissement transmettra les actions correctives dans le cadre global de son PACQ.</p> <p>Écart 18 : L'établissement n'a pas réalisé d'évaluation entre 2015 et 2024, ce qui contrevient à l'article D.312-204 du CASF.</p>
1.4	1.4.4	Gestion de la qualité	<p><u>La politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance</u></p> <p>La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est formalisée dans le PE 2015 aujourd'hui obsolète et dans un document de référence intitulé "Rénovation du projet d'établissement » d'août 2024, dans lequel sont indiquées dans « <i>le corpus de valeurs fondatrices...</i> » d'Amitié et partage : le respect, la bienveillance, l'écoute et la solidarité.</p> <p>Dans le livret d'accueil, il est indiqué « Conformément aux dispositions de la circulaire du 12 juillet 2011 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, l'établissement informe et dispense des formations à ses salariés sur ces deux thèmes. » Le numéro national de signalement des maltraitances, le 3977 est donné.</p> <p>Le règlement de fonctionnement promeut également la bientraitance et la lutte contre la maltraitance en évoquant les différentes formes de maltraitance. L'obligation pour les personnels de dénoncer les faits. Il est précisé qu'ils sont « protégés conformément à la législation en vigueur ». Le 3977 est donné dans le document.</p> <p>Dans la procédure de déclaration des EIG, la maltraitance n'est pas définie. L'EHPAD n'a pas de procédure portant sur la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance.</p> <p>La direction porte un intérêt à « <i>... chaque dysfonctionnement...</i> ». Dans le point 5.2 « Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance » du rapport d'activité 2023, il est annoncé : « <i>... La politique Qualité d'Amitié et Partage encourage tout signalement de la part des résidents, des familles et des personnels grâce à divers outils : FEI, fiche de déclaration...</i> ». Il existe une charte de bientraitance. Aucun référent bientraitance n'est identifié.</p> <p>En 2023, 6 soignants auraient été formés à la bientraitance. Une formation Humanitude a débuté en juin 2024. Il est envisagé que tous les soignants y soient formés dans l'année.</p> <p>Une réflexion éthique a été menée sur le refus de soins par le cadre de santé. Le médecin coordonnateur n'est pas intervenu sur les sujets concernant la promotion de la bientraitance.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<p>Le livret d'accueil du nouveau salarié est une simple feuille recto qui présente les deux premiers piliers de l'EHPAD : « vis l'âge » et « vivre comme à la maison, être ensemble ». Il renvoie aux documents qui lui seront remis et à ceux mis à disposition.</p> <p>Les valeurs d'accompagnement du résident sont affichées à de multiples endroits de l'EHPAD. La Mission n'a pas vu le 3977 affiché.</p>  <p>Photo 1 : Les 7 piliers des Chemins d'Espérance</p> 

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<p>Photo 2 : Les valeurs des Chemins d'Espérance</p> <p>La Mission n'a pas connaissance de procédure de signalement d'agression.</p> <p>Écart 19 : La définition de la maltraitance et son repérage ne sont pas donnés dans la procédure gestion d'un événement indésirable, ce qui n'est pas conforme à l'article L.119-1 du CASF.</p> <p>Écart 20 : Le Numéro d'ALMA n'est pas affiché, ce qui n'est pas conforme à l'article L.311- 3 6° du CASF.</p>
1.4	1.4.5	Gestion de la qualité	<p><u>Les situations de violence ou harcèlement</u></p> <p>La Mission n'a pas notion de situation de violence ou de harcèlement, que cela concerne des résidents, des personnels soignants ou d'autres catégories de personnes.</p> <p>Dans la partie EIG de la procédure de gestion des EI, les situations de violence ou de harcèlement ne sont pas citées. L'obligation de signaler ces faits aux autorités de tutelle et aux autorités judiciaires de fait ne sont pas indiquées.</p> <p>Écart 21 : Ne pas expliciter les situations de violence ou de harcèlement et leur signalement aux autorités de tutelles et judiciaires dans la procédure « gestion d'un événement indésirable » n'est pas conforme aux articles L. 331-8-1 du CASF et 434-3 du code pénal.</p>
1.4	1.4.6	Gestion de la qualité	<p><u>La déclaration des maltraitances</u></p> <p>L'établissement n'a pas fourni à la Mission de procédure de signalement en cas d'agression.</p> <p>Dans la fiche de signalement d'un EI, la définition de la maltraitance n'est pas donnée, mais des événements relevant de la maltraitance y sont inscrits : violences physiques, psychologiques, privation de droits...</p> <p>L'établissement a une charte d'incitation au signalement d'un EI qui précise qu'il est de la « ...responsabilité de chacun de signaler toute information sur ...des événements pouvant affecter la sécurité ... ». Le directeur s'engage à ne pas mener de procédure disciplinaire contre un professionnel qui aurait commis une erreur ou qui aurait signalé un dysfonctionnement impliquant la sécurité au sein de l'EHPAD.</p> <p>Écart 22 : L'établissement ne dispose pas de procédure concernant le traitement de situation ou cas de maltraitance, ce qui n'est pas conforme aux articles L119-1 du CASF (Définition maltraitance), L 331-8-1 du CASF (information aux autorités des dysfonctionnements graves), R331-8 du CASF (déclaration EI à autorité compétente), l'Arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS, L313-24 du CASF (protection du signalant).</p>

1.5. Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
1.5	1.5.1	Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	<p><u>Les réclamations, plaintes et enquêtes de satisfaction</u></p> <p>L'établissement utilise le logiciel qualité [REDACTED] pour traiter les plaintes et les réclamations. Dans le rapport d'activité 2023, le nombre n'est pas cité. Il s'agissait de « disparition d'objets, biens personnels, vêtements » et de négligence dans les soins.</p> <p>L'EHPAD a fourni à la Mission une procédure de « <i>gestion des réclamations et des plaintes</i> » d'octobre 2024 qui décrit la conduite à tenir lors d'un de ces évènements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise à disposition des résidents et de leurs proches des <i>fiches de recueil d'expression</i>, - Réponse rapide au requérant, - Enregistrement dans Ageval des réclamations, des plaintes, des requêtes orales et des comptes-rendus pour faire des bilans réguliers, être suivis lors de points qualité et être présentés en CVS.
1.5	1.5.2	Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	<p><u>La procédure de déclaration des évènements indésirables (EI)</u></p> <p>Il existe une procédure de déclaration des évènements indésirables (EI) revue en 2023 ainsi qu'une « <i>charte d'incitation au signalement d'un EI</i> ».</p> <p>Ces documents sont explicites. La procédure de signalement d'un EI explique la terminologie : réclamation - plainte - EI et EI grave (EIG).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qui est concerné et comment les déclarer : <ul style="list-style-type: none"> - EI : tout professionnel dans Ageval ou sur une feuille de signalement d'un EI, saisie ensuite dans Ageval ; - EIG-EIGS : déclaration en externe par le directeur ou le directeur adjoint/ encadrement à l'ARS et au Conseil départemental. • Comment les traiter : <ul style="list-style-type: none"> - En COPIL qualité tous les 2 mois, - Avec les parties prenantes, - Etat d'avancée du signalement est adressé au déclarant par le logiciel au fur et à mesure du traitement, - Bilan et retour faits aux professionnels et au CVS, - Retour d'expérience (REX) en fonction de la gravité de l'EI, - Inscription des mesures d'amélioration dans le PACQ. <p>Lors des entretiens, la direction précise ne pas déclarer assez d'EIG. Le tableau ci-dessous présente tous les EIG signés entre 2018 et 2024 :</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires																				
			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2018</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>sécurisation des personnes</td> <td></td> <td>maintenance de lit médicalisé</td> <td>Vol d'une enceinte dans la salle commune de l'Ehpad</td> <td>stagiaire diagnostiquée positive à la tuberculose. 2 résidents symptomatiques sur le plan respiratoire</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>problème de non-passage des équipes avant leur départ et transmission à l'équipe suivante</td> <td></td> <td>Intrusion d'un sans-abri dans l'établissement au moment du dîner</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Disparition inquiétante d'une résidente</td> </tr> </tbody> </table> <p>En 2019 – 2020 - 2021, aucun EIG n'a été signalé.</p> <p>Écart 23 : Dans la procédure de signalement d'un EI, ne sont pas cités les 11 types d'événements à déclaration obligatoire à l'ARS et au Conseil Départemental, ce qui contrevient à l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.</p>		2018	2022	2023	2024	sécurisation des personnes		maintenance de lit médicalisé	Vol d'une enceinte dans la salle commune de l'Ehpad	stagiaire diagnostiquée positive à la tuberculose. 2 résidents symptomatiques sur le plan respiratoire			problème de non-passage des équipes avant leur départ et transmission à l'équipe suivante		Intrusion d'un sans-abri dans l'établissement au moment du dîner					Disparition inquiétante d'une résidente
	2018	2022	2023	2024																			
sécurisation des personnes		maintenance de lit médicalisé	Vol d'une enceinte dans la salle commune de l'Ehpad	stagiaire diagnostiquée positive à la tuberculose. 2 résidents symptomatiques sur le plan respiratoire																			
		problème de non-passage des équipes avant leur départ et transmission à l'équipe suivante		Intrusion d'un sans-abri dans l'établissement au moment du dîner																			
				Disparition inquiétante d'une résidente																			
1.5	1.5.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p><u>La procédure de gestion des événements indésirables en PECM</u></p> <p>L'établissement n'a pas fourni de procédure spécifique aux EI liés à la prise en charge médicamenteuse. La procédure de gestion des EI en PECM est incluse dans la procédure de signalement d'un EI. L'établissement a fourni à la Mission la formation « <i>erreurs médicamenteuses diaporama pédagogique OMEDIT ARS PACA</i> » de 2011.</p>																				

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
1.5	1.5.4	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p>Dans la procédure de signalement des EI, est préconisée l'utilisation de la grille ALARM (<i>Association of Litigation And Risk Management</i>) pour établir les causes de l'EI et prévoir les axes d'amélioration à inscrire dans le PACQ. Les retours sont faits aux déclarants.</p> <p>La Mission n'a pas notion de RETEX (retour d'expérience) mené au sein de l'EHPAD.</p>
1.5	1.5.5	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p><u>Déclaration et analyse des chutes.</u></p> <p>Les chutes sont tracées dans le dossier informatisé du résident sur le logiciel de soins par les acteurs de la prise en soins. Lors des divers entretiens, la Mission a appris qu'il n'y a pas de comité « chutes ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans le RAMA 2023 : 127 chutes chez 45 personnes ont été recensées dont 2 hospitalisations. - Du 1^{er} janvier au 16 novembre 2024 : 77 chutes chez 28 résidents. <p>En 2024, le nombre de chutes a régressé. Les professionnels sont sensibilisés à la déclaration des chutes. Une dynamique d'équipe pluridisciplinaire a été engagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les kinésithérapeutes évaluent avec le médecin coordonnateur le risque de chute du résident : troubles de l'équilibre, troubles sensoriels... - Un EAPA (éducateur en activités physiques adaptées) travaille en individuel avec le résident ou en groupe, - La psychomotricienne travaille l'équilibre en atelier, - L'ergothérapeute, l'animatrice et le médecin coordonnateur ont formé les résidents à se relever, - Une chambre des erreurs a été faite, - Le chaussage des résidents est vérifié. L'équipe du bionettoyage fait attention à ce que les sols ne collent pas, - Un motomed est utilisé dans les services. <p>Aucune commission chute n'est en place dans l'établissement pour poser des objectifs, améliorer les actions « antichute », faire des audits et des bilans en équipe pluridisciplinaire</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque 9 : Il n'existe pas de commission chute dans l'établissement contrairement à ce qui est annoncé dans le règlement de fonctionnement.</p> </div>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
1.5	1.5.6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	<p><u>Le signalement aux autorités administratives compétentes</u></p> <p>Peu de signalement fait aux autorités de contrôle malgré des signalements en interne relevant des autorités ARS et Conseil Départemental : Erreurs d'administration du médicament (EIGS). Un seul EIG en 2024 signalant l'intrusion d'un sans domicile fixe dans l'EHPAD a été fait.</p> <p>La Mission n'a pas notion de REX faits ou transmis.</p> <p>Écart 24 : Ne pas signaler les EIG - EIGS aux autorités de contrôles n'est pas conforme à l'article L331-8-1 du CASF et à l'arrêté du 28/12/2016 modifiés sur la nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives</p>

2. Fonctions support

2.1. Gestion des ressources humaines

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
2.1	2.1.1	Gestion des ressources humaines	<p data-bbox="517 347 813 376"><u>Les effectifs professionnels</u></p> <p data-bbox="517 392 1411 421">L'établissement a transmis un organigramme comprenant 40,16 ETP répartis ainsi :</p> <div data-bbox="517 459 1765 1011" style="background-color: black; width: 100%; height: 346px; margin: 10px 0;"></div> <p data-bbox="517 1040 2154 1139">En analysant les autres documents recensant le personnel de l'établissement, la liste nominative du personnel, les plannings des salariés présents le jour de l'inspection et la liste des ETP pourvus et non-pourvus, il apparaît que l'organigramme transmis n'indique pas la présence des deux ASG PASA et que la personne identifiée comme responsable de « la vie sociale, culturelle et spirituelle » est désignée comme « animatrice » dans les autres documents.</p> <p data-bbox="517 1155 2154 1254">Ces documents diffèrent concernant le nombre des ETP dans l'EHPAD avec 48,2 ETP pour le tableau des ETP transmis contre les 40,16 ETP de l'organigramme transmis. A titre de comparaison, l'ERRD 2023 ainsi que l'EPRD 2024 de l'établissement indiquent tous les deux des effectifs à hauteur de 51,93 ETP. Les documents transmis ne reflètent donc pas complètement les ETP en place dans l'EHPAD.</p> <div data-bbox="517 1270 2154 1315" style="border: 1px solid blue; background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"><p data-bbox="517 1279 1599 1308">Remarque 10 : Les documents de suivis des effectifs ne sont pas concordants entre eux.</p></div>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<p>L'EHPAD a transmis un planning des salariés au jour de l'inspection qui indique les personnels en CDI, CDD ou intervenant à titre libéral. Au total, sur 58 personnels inscrits au planning, 41 sont en CDI et 14 en CDD court (6 AS remplaçants dont un de nuit, 5 agents de soins remplaçants dont un de nuit et 3 agents de service remplaçants) ainsi que 3 en CDD long (une AS, une professionnelle de soins et le cadre de santé).</p> <p>D'après les documents transmis, l'équipe dispose de 14 ETP d'AS en CDI et 1 ETP d'IDE en CDI affectés à la prise en charge et l'accompagnement des résidents. Il dispose également de 7 ETP non-CDI affectés aux soins que la Mission ne peut considérer comme faisant partie de l'effectif soignant car leur fonction ne fait pas partie de l'équipe pluridisciplinaire décrite à l'article D312-155-0 du CASF.</p> <p>Le directeur, le médecin coordonnateur et le responsable de la vie sociale, culturelle et spirituelle n'apparaissent pas sur les documents de la liste du personnel et le planning transmis le jour de l'inspection.</p> <p>A partir de la liste du personnel transmise concernant le mois de novembre 2024 et du planning des salariés présents le jour de l'inspection, des divergences avec la liste du personnel transmise apparaissent au niveau des ETP des personnels de soins. En effet, il n'est présenté que 5 ETP au lieu des 7 ETP agents de soins indiqués dans les plannings.</p> <div data-bbox="521 655 2148 730" style="border: 1px solid black; background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <p>Remarque 11 : La liste du personnel et les plannings de l'établissement transmis ne permettent pas à la Mission d'être renseignée sur le nombre des salariés de l'équipe soignante.</p> </div> <p>En comparant la liste du personnel transmise et le planning des salariés présents, il ressort des différences de qualification entre les deux documents avec des agent de service (ASH) apparaissant comme AS ou agent de soins remplaçants ainsi que des AS apparaissant comme des agents de soins remplaçants.</p> <p>Ces différences de qualifications soulignent des risques de glissements de tâches ASH et agent de soins ainsi que ASH/agent de soins et AS.</p> <div data-bbox="521 933 2148 1043" style="border: 1px solid black; background-color: #ffe6e6; padding: 5px;"> <p>Écart 25 : Des personnels ne disposant pas du diplôme d'aide-soignant apparaissent comme AS dans les documents transmis. Cela peut entraîner des glissements de tâches entre ASH/Agents de soins et AS, ce qui constitue une non-conformité à l'article L311-3, 1° du CASF.</p> </div> <p>Un CPOM est en vigueur au niveau du groupe Chemins d'Espérance, l'organisme gestionnaire, qui définit les objectifs suivants pour les EHPAD dont Amitié et Partage :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer la coordination des soins afin de réduire les hospitalisations évitables et de renforcer la prise en charge en soins palliatifs ; 2. Améliorer la prise en charge des troubles psycho-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer et l'accès à l'hygiène et la santé bucco-dentaire des résidents ; 3. Fidéliser les personnels et stabiliser les équipes soignantes ;

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<p>4. Maintenir ou tendre vers un taux d'occupation élevé ;</p> <p>5. Maintenir la qualité et renforcer l'individualisation de la prise en charge ;</p> <p>6. Favoriser le développement durable et la responsabilité sociétale des établissements.</p> <p>L'évaluation de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des résidents, au regard de l'effectif soignant de l'établissement actuellement en poste, est basée sur un effectif minimal de soignants requis calculé sur des critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du CPOM. Les critères retenus prennent en compte la dernière coupe AGGIR/PATHOS pour définir la charge en soins et dépendance de l'établissement et le nombre de places en hébergement permanent autorisées</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 20px auto; width: fit-content;"> <p>Evaluation quantitative des effectifs soignants présents (critères CPOM) : nb d'ETP rémunérés correspond aux besoins (basée sur formule utilisée dans les CPOM pour déterminer le financement)</p> $\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{GMP établissement validé})}{\text{nb d'ETP (AS + AES)}} = R_{GMP}$ <p style="text-align: center;">Si RGMP > 3200 => nb ETP AS/AES est insuffisant</p> $\frac{(\text{Capacité d'hébergement permanent} \times \text{PMP établissement vvalidé})}{\text{nb d'ETP IDE}} = R_{PMP}$ <p style="text-align: center;">Si RPMP > 4300 => nb ETP IDE est insuffisant</p> </div> <p>D'après la dernière coupe PATHOS de l'établissement, datant du 13 novembre 2018, le GMP de l'établissement est de 700 et le PMP de 226.</p> <p>Selon les critères retenus, pour les effectifs infirmiers : $HP \times PMP / \text{total IDE} = 73 \times 226 / 3 = 5499,34 > 4300$. Les ETP d'IDE actuels ne sont pas suffisants pour permettre une prise en charge de qualité et garantir la sécurité du résident. Au moins 1 ETP d'IDE supplémentaire est nécessaire.</p> <p>Pour les effectifs AS et AES : $HP \times GMP / \text{total AS/AMP} = 73 \times 700 / 14 = 3650 > 3200$. Les ETP d'AS/AES actuels ne sont pas suffisants pour permettre une prise en charge de qualité et garantissant la sécurité du résident. Au moins 1 ETP supplémentaire est nécessaire.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires							
2.1	2.1.2	Gestion des ressources humaines	<p>Écart 26 : Les effectifs IDE et AS/AES de l'établissement ne sont pas suffisants pour permettre une prise en charge de qualité et garantir la sécurité du résident selon les critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du CPOM, ce qui n'est pas conforme à l'article L311-3, 1° et 3° du CASF.</p>							
			<p>Remarque 12 : Au vu des documents transmis, la Mission ne peut déterminer les catégories des professionnels remplacés par des CDD</p> <p>Les contrats de travail</p> <p>L'établissement a transmis une liste du personnel en CDD du 01/01/2022 au 30/11/2024. Cette liste répertorie 665 CDD sur cette période, mais n'indique pas les qualifications professionnelles ou les emplois occupés par les personnels engagés. Le jour de l'inspection deux personnels étaient en CDD dont un pour un contrat d'une journée.</p> <p>La répartition des contrats par année est la suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> 2 CDD en 2021 : Le premier allant de novembre 2021 au 31 août 2024 (soit 1027 jours calendaires) et le second allant de décembre 2021 jusqu'à janvier 2022 (25 jours calendaires). 55 CDD en 2022 : Les 55 CDD ont été contractés avec 5 personnes. La répartition est la suivante : <table border="1" data-bbox="510 735 1677 997"> <thead> <tr> <th>Agent 1</th> <th>Agent 2</th> <th>Agent 3</th> <th>Agent 4</th> <th>Agent 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2 CDD d'une durée moyenne de 2,5 jours</td> <td>12 CDD allant de 1 à 15 jours d'une durée moyenne de 3 jours</td> <td>9 CDD (dont un en temps partiel) allant de 1 à 2 jours pour une durée moyenne de 1,5 jours</td> <td>30 CDD entre janvier et décembre 2022 allant de 1 à 85 jours pour une durée moyenne de 5,6 jours.</td> <td>2 CDD d'une durée moyenne de 2,5 jours.</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> 107 CDD en 2023 dont 10 en temps partiel (pour 5 personnes) : Ces CDD ont été passés avec 31 professionnels différents soit 3 CDD par personne en moyenne sur 2022. La mission note qu'une personne a eu 19 CDD, d'une durée moyenne de 3,8 jours, avec l'EHPAD entre septembre et décembre. La majorité des CDD sont de 1 ou 2 jours (respectivement 37 et 23 contrats), 24 CDD ont une durée égale ou supérieure à 10 jours et le plus long, qui a pris fin en janvier 2024, a duré 146 jours. La durée moyenne d'un contrat à durée déterminée est de 7,3 jours en 2022. 501 CDD en 2024 dont 13 en temps partiel (pour 2 personnes) : Ces CDD ont été passés avec 54 professionnels soit 9 CDD par personne en moyenne sur l'année 2024. La mission note que 8 professionnels en ont signé plus d'une trentaine, le maximum étant 47 CDD pour le même professionnel (durée moyenne de 4 jours). 341 de ces contrats ont été faits pour une période d'un à deux jours, 80 CDD sont d'une durée égale ou supérieure à 10 jours et le plus long, qui va prendre fin le 25 juillet 2025, aura duré 266 jours. La durée moyenne des CDD en 2024 est de 6,3 jours. 	Agent 1	Agent 2	Agent 3	Agent 4	Agent 5	2 CDD d'une durée moyenne de 2,5 jours	12 CDD allant de 1 à 15 jours d'une durée moyenne de 3 jours
Agent 1	Agent 2	Agent 3	Agent 4	Agent 5						
2 CDD d'une durée moyenne de 2,5 jours	12 CDD allant de 1 à 15 jours d'une durée moyenne de 3 jours	9 CDD (dont un en temps partiel) allant de 1 à 2 jours pour une durée moyenne de 1,5 jours	30 CDD entre janvier et décembre 2022 allant de 1 à 85 jours pour une durée moyenne de 5,6 jours.	2 CDD d'une durée moyenne de 2,5 jours.						

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<p>L'augmentation importante de l'emploi des CDD, qui sont principalement des CDD courts pour une ou deux journées, en 2024 montre une instabilité des effectifs de l'établissement qui nécessitent des remplacements importants. Cette instabilité est un risque pour la prise en charge des résidents de l'EHPAD.</p> <p>Le nombre d'ETP sur l'organigramme de l'établissement s'établit à [REDACTED] ETP. Le nombre d'ETP dans l'EPRD 2024 est de [REDACTED] (et non de [REDACTED] comme indiqué par erreur dans le document de l'établissement), soit un écart de +44%. La Mission se demande si cet écart de [REDACTED] ETP provient des CDD ou non. Avec un écart provenant des CDD, ces derniers représenteraient 30% des effectifs totaux de l'établissement (effectifs EPRD 2024).</p> <div data-bbox="512 421 2157 533" style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px;"> <p>Écart 27 : La proportion de recours aux CDD de l'établissement, particulièrement pendant l'année 2024, démontre qu'il existe une instabilité des effectifs qui peut entraîner le risque d'une dégradation de la qualité de la prise en charge des résidents, ce qui n'est pas conforme à l'article L311-3, 3° du CASF.</p> </div>
2.1	2.1.3	Gestion des ressources humaines	<p><u>Le taux d'absentéisme</u></p> <p>D'après les données du Tableau de bord de la performance ANAP, renseigné par l'établissement, le taux de rotation des personnels et le taux d'absentéisme sont les suivants :</p> <p><u>Pour la campagne 2023 (sur les données 2022) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Taux d'absentéisme : 0% (médiane départementale 10,32% / médiane régionale 11,76% / médiane nationale 12,1%) -Taux de rotation des personnels : 3,64% (médiane départementale 14,91% / médiane régionale 15% / médiane nationale 15%) <p><u>Pour la campagne 2022 (sur les données 2021) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Taux d'absentéisme : 0% (médiane départementale 12,01% / médiane régionale 12,21% / médiane nationale 11,94%) -Taux de rotation des personnels : non renseigné <p>D'après l'étude de la liste des CDD transmise (cf. supra point 2.1.2), la mission peut déterminer que le taux d'absentéisme renseigné par la structure ne correspond pas à la réalité des ressources humaines dans l'EHPAD.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
2.1	2.1.4	Gestion des ressources humaines	<p><u>Les dossiers administratifs des professionnels</u></p> <p>Le jour de l'inspection, la mission a pu contrôler 10 dossiers des personnels de l'établissement. Sur ces 10 dossiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 dossiers ne comportaient pas les diplômes des professionnels, • Aucun dossier ne comportait de fiche de poste, • Aucun dossier des personnels en CDI ne comportait des entretiens professionnels plus récent que 2021 alors qu'ils étaient toujours en poste au jour de l'inspection ; • Un des dossiers étudiés comportait des éléments d'un autre professionnel. <p>Remarque 13 : Les dossiers administratifs des professionnels ne sont pas complets.</p>
2.1	2.1.5	Gestion des ressources humaines	<p><u>Les prestataires externes</u></p> <p>L'établissement n'a transmis aucun document portant sur les professionnels libéraux intervenant dans l'établissement.</p> <p>Remarque 14 : Aucun document n'a été transmis à la mission sur les prestataires externes et professionnels libéraux intervenant dans l'EHPAD.</p>
2.1	2.1.6	Gestion des ressources humaines	<p><u>Le plan de formation des professionnels</u></p> <p>L'établissement a transmis des plans de formation pour les années 2022 et 2023. Ceux-ci annonçaient des « formations obligatoires », notamment concernant la bientraitance, et des formations AFGSU 1 et 2 pour respectivement 8 et 10 personnes, en 21 heures.</p> <p>L'établissement a également transmis des bilans de formations réalisées : ce sont ces bilans qui ont été pris en compte.</p> <p>Des formations sont proposées aux salariés de l'établissement concernant notamment la bientraitance. Des formations diplômantes sont également prévues. Des formations sont organisées en interne et également en externe.</p> <p>1) Concernant la bientraitance, 230 journées de formation ont été assurées en externe en 2022-2023, bénéficiant à 91 personnes du groupe Chemins d'Espérance, de fonction AVS, AS/AES, IDE, animatrice, que ce soit des personnels en CDI ou en CDD. Cela représente une moyenne d'un peu plus de 2,5 jours par personne. Il n'est pas précisé dans le bilan le nombre de personnes formées pour Amitié et Partage.</p> <p>Thèmes abordés : promouvoir la bientraitance et favoriser « le mieux traiter » ; analyser les pratiques ; accompagner des personnes handicapées et vieillissantes ; gérer ses émotions ; accompagner des personnes aux maladies neuro-dégénératives ; socio-esthétique.</p> <p>Deux sessions Humanitude ont été assurées en 2024.</p> <p>Le cadre de santé a aussi fait des rappels sur les points clés.</p> <p>2) 6 agents d'Amitié et Partage ont suivi une formation diplômante en 2022-2024 :</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<ul style="list-style-type: none"> • 4 agentes de la filière « Soignante » ont suivi un cursus pour obtenir le diplôme d'AS : 3 par la VAE et 1 avec une formation de 6 mois • 1 agente a suivi la formation pour devenir ASG (4 semaines) • L'animatrice a suivi un DU d'éthique (120 heures) <p>3) De 2022 et 2024, des formations ou des sensibilisations en interne ont été assurées sur les thèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Troubles du comportement (39 personnes), ○ Ergothérapie / relevé de chutes (22 personnes), ○ Utilisation des produits de protection Tena (21 personnes), ○ Hydratation (20 en réunion pluri), ○ Utilisation du lève-personnes sur rail (15 personnes), ○ Soins palliatifs (14 personnes, en 2 heures), ○ Utilisation d'extincteurs (13 personnes), ○ Urgence IDE (10 personnes, en 45 mn), ○ Plan canicule (10 personnes), ○ Utilisation du drap de glisse (3 personnes), ○ Changes complets (1 AS). <p>La Medco a assuré des « formations flash » par exemple sur le circuit du médicament, le secret professionnel / la confidentialité, parfois en visioconférence.</p> <p>Et en externe, des formations ont eu lieu sur les thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ « Unité mobile cofimobile » pour la sécurité incendie (41 personnes), ○ Utilisation des extincteurs sur feux réels et consignes de sécurité (35 personnes), ○ Vivago (Fondation en santé mentale) (19 personnes, en 2 heures), ○ Prévention et secours civiques de niveau 1 (10 personnes), ○ AFGSU2 (1 AS), ○ Service de Sécurité Incendie et d'Assistance aux personnes (14 heures) et de Sauveteur Secouriste du Travail (14 heures) (1 personne).

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<p>Écart 28 : Il n'y a qu'une personne ayant eu accès à une formation AFGSU sur les bilans de formations transmis, ce qui ne permet pas d'assurer les soins en urgence. Cela contrevient à l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.</p>
2.1	2.1.8	Gestion des ressources humaines	<p><u>Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels</u></p> <p>L'établissement a transmis une « procédure d'accueil du nouveau salarié » datée du 23/3/2023.</p> <p>Celle-ci indique que « pour chaque nouveau salarié, un temps d'intégration est prévu afin de faciliter la prise de poste. Ce temps peut être sous la coordination d'un manager qui le fait évoluer aux côtés d'un professionnel expérimenté de l'établissement ».</p> <p>Ce temps n'est pas généralisé et sa durée n'est pas précisée. Le cadre de santé a indiqué que, pour les nouveaux salariés, la période d'intégration est définie en fonction de ses compétences. « En principe, le nouvel arrivant est en doublon 2 semaines ».</p> <p>Le cadre chargé d'accueillir le nouveau salarié fixe un rendez-vous afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Effectuer une visite de l'établissement, ○ Attribuer une tenue et un casier, ○ Expliquer l'organisation, ○ Présenter le planning, ○ Répondre aux différentes questions. <p>A chaque nouveau salarié est remis une plaquette contenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Le livret « Vis l'Age », ○ La fiche de renseignement à compléter, ○ Le tableau synoptique, ○ Le livret d'accueil du nouveau salarié, ○ L'organigramme. <p>Enfin, les documents suivants sont à la disposition des salariés au sein de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Le règlement intérieur, ○ Le projet d'établissement, ○ Le plan bleu, ○ Les consignes de sécurité incendie, ○ Les protocoles.

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
2.1	2.1.9	Gestion des ressources humaines	<p><u>Les temps d'échange institutionnels organisés (hors temps de transmission) et questionnement éthique</u></p> <p>Dans la fiche de poste du Medco, il est indiqué que « le médecin coordonnateur est aussi en relation avec le réseau des Médecins de l'association Chemins d'Espérance (19 Ehpad) qu'il rencontre lors de journées et de séminaires dédiés ».</p> <p>Dans le champ de l'éthique, des discussions entre le cadre de santé et les équipes sur le refus de soins, ont été évoquées.</p> <p>Il a été indiqué en entretien « qu'il n'y a pas d'analyse de pratique à l'EHPAD » et que « celle-ci est à mettre en place ».</p> <p>Dans le document « Suivi Bienveillance », une case est consacrée aux temps organisés de soutien aux professionnels, d'analyse des pratiques, de tutorat, de comité éthique et de groupes de parole, mais la case est vide. Ces temps n'ont pas été mentionnés au cours de l'inspection.</p> <p>Remarque 15 : L'établissement n'organise pas de temps d'échange des professionnels pour l'analyse de leurs pratiques.</p>
2.1	2.1.10	Gestion des ressources humaines	<p><u>Les plannings des professionnels : confection</u></p> <p>Les plannings sont faits en avance. Ils sont faits par les cadres de la direction et principalement par l'IDEC. Les documents transmis (plannings, plannings tâches heurées, RUP), et la présence des CDD montrent que la confection des plannings est équilibrée entre les unités en termes d'horaires. La non-communication des informations sur le taux d'absentéisme réel ne permet pas une analyse objective des plannings concernant la répartition des charges professionnelles dans les différentes unités.</p> <p>Remarque 16 : Les informations transmises par l'établissement sur les plannings ne permettent pas à la mission d'objectiver l'adaptation des plannings et la répartition des charges professionnelles entre les unités et entre les salariés.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires																											
2.1	2.1.11	Gestion des ressources humaines	<p><u>Les plannings des professionnels : organisation</u></p> <p>L'établissement a transmis les extractions du logiciel des plannings de l'équipe soins de septembre à décembre 2024 ainsi que leur légende. Ces plannings indiquent les jours de travail : de l'IDEC, de la psychologue, de la psychomotricienne, des IDE, des AS, des agents de soins et des auxiliaires de vie. La mission n'a pas été destinataire de plannings autre que celui des personnels soignants.</p> <p>Au jour de l'inspection, les effectifs affectés aux soins présents étaient : l'IDEC, trois IDE (dont deux vacataires), une ASG PASA, trois AS dont une de nuit, sept agents de soin dont un de nuit, la psychomotricienne de l'établissement ainsi que l'ergothérapeute.</p> <p>Les horaires des personnels présents le jour de l'inspection étaient répartis ainsi :</p> <table border="1" data-bbox="510 539 1697 753"> <thead> <tr> <th colspan="7">Journée</th> <th colspan="2">Nuit</th> </tr> <tr> <th>6h55-18h55</th> <th>8h-16h</th> <th>8h-20h</th> <th>8h30-20h30</th> <th>9h-17h</th> <th>9h-18h</th> <th>9h30-17h</th> <th>20h25-6h25</th> <th>21h-7h</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 AS et 2 soignants</td> <td>IDE (CDI)</td> <td>1 agent de soin</td> <td>3 agents de soins</td> <td>1 agent de soin</td> <td>IDEC</td> <td>Psychomotricienne 1 ASG PASA</td> <td>1 agent de soin</td> <td>1 AS</td> </tr> </tbody> </table> <p>Les intervenants libéraux, une ergothérapeute et deux IDE, ne figurent pas dans les plannings et n'ont pas d'horaires renseignés. Il est indiqué que l'ergothérapeute et les IDE interviennent respectivement à 7h et 10h dans l'EHPAD.</p> <p>Le taux d'encadrement en journée permet de garantir une prise en charge individualisée et la sécurité du résident.</p> <p>La Mission note que, le jour de l'inspection, les effectifs de nuit sont composés de deux personnels dont un seul diplômé AS. De plus, entre 20h30 et 21h, il n'y a qu'un personnel dans l'établissement qui est, à ce moment-là, un agent de soin. De même entre 6h25 et 6h55 où il n'y qu'un personnel attaché au soin prévu dans l'établissement.</p> <p>Après l'analyse des plannings, il apparaît que ce fonctionnement à deux agents de l'équipe soins de nuit est le fonctionnement standard de l'EHPAD. Les effectifs de nuit alternent entre une équipe et contre-équipe AS et agent de soin, l'un travaillant de 20h25 à 6h25 et l'autre de 21h à 7h. Il ressort des plannings réalisés d'octobre et de novembre que les agents d'une équipe ont assuré les mêmes horaires de 21h à 7h. Cela indique donc qu'il n'y avait pas de personnel soignant présent dans l'EHPAD entre 20h30 et 21h sur ces jours.</p> <p>Cette organisation sans AS pendant ½ heure ne permet pas d'assurer la sécurité des résidents dans l'établissement.</p> <p>Écart 29 : Les plannings transmis montrent qu'entre 20h30 et 21h ainsi qu'entre 6h25 et 6h55, il n'y a aucun AS/AES présent dans l'établissement. L'absence de prise en charge des résidents pendant une demi-heure ne garantit pas la sécurité des résidents, ce qui n'est pas conforme à l'article L311-3, 1° du CASF.</p>	Journée							Nuit		6h55-18h55	8h-16h	8h-20h	8h30-20h30	9h-17h	9h-18h	9h30-17h	20h25-6h25	21h-7h	1 AS et 2 soignants	IDE (CDI)	1 agent de soin	3 agents de soins	1 agent de soin	IDEC	Psychomotricienne 1 ASG PASA	1 agent de soin	1 AS
Journée							Nuit																							
6h55-18h55	8h-16h	8h-20h	8h30-20h30	9h-17h	9h-18h	9h30-17h	20h25-6h25	21h-7h																						
1 AS et 2 soignants	IDE (CDI)	1 agent de soin	3 agents de soins	1 agent de soin	IDEC	Psychomotricienne 1 ASG PASA	1 agent de soin	1 AS																						

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
2.1	2.1.12	Gestion des ressources humaines	<p><u>Les expériences et formations du personnel intervenant la nuit ou week-end</u></p> <p>Les équipes de nuit consistent en un AS et un AVS (cf. rubrique précédente). Les effectifs de week-end sont similaires à ceux de la semaine.</p>
2.1	2.1.13	Gestion des ressources humaines	<p><u>Les fiches de poste des professionnels</u></p> <p>L'établissement a transmis les fiches de poste du « directeur de pôle des Ehpad parisiens du groupe », du responsable des soins et de la MedCo.</p> <p>La fiche de poste du directeur est en statut « en cours de validation ». Elle indique que celui-ci est « responsable de la direction de l'EHPAD Grenelle et de la coordination des établissements Amitié et Partage et la Source d'Auteuil ». Il a « la responsabilité directe de l'établissement La Rose des Vents » (Toulon, Var) et coordonne également l'Ehpad Canto Mai (Var).</p> <p>Le poste de directeur d'Amitié et Partage est valorisé à hauteur de 0,4 ETP. Une directrice adjointe a été recrutée et doit arriver dans l'établissement.</p> <p>La fiche de poste du MedCo est en statut « en cours de validation ». Elle indique que « au sein de l'EHPAD, le Médecin Coordinateur est le véritable pilier de l'accompagnement de la personne âgée et un véritable bras droit pour le Directeur ».</p> <p>L'établissement a également transmis des fiches horaires pour les fonctions ASH (équipes A, B et C), d'autres intitulées EDR [Employé de restauration] et Nettoyage, ainsi que des fiches de répartition des zones de l'établissement par AS. Chaque AS est référente pour 3 à 6 chambres, sur une journée de généralement 12 heures.</p> <p>Remarque 17 : L'établissement n'a pas transmis les fiches de poste du directeur de l'établissement, des IDE, AS, ASG et ASH.</p>
Is elles sont seulement	2.1.14	Gestion des ressources humaines	<p><u>Les glissements de tâches</u></p> <p>L'analyse des différents documents transmis par l'établissement montre que le nombre des ETP entre les AS et les AES, leurs plannings qu'il existe des glissements de tâches.</p>


N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<p>Écart 30 : L'organisation des conditions d'exercice des catégories de personnels (AS et AES) montre un glissement de tâches, ce qui n'est pas conforme aux articles L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS, D451-88 et -89 du CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES.</p>
2.1	2.1.15	Gestion des ressources humaines	<p><u>La gestion des absences prévues et imprévues</u></p> <p>Il a été indiqué en entretien qu'il est fait appel à des CDD en cas de personnel absent (secteurs Hôtellerie et Soins) et à un site de recrutement dédié. L'établissement n'a pas fourni de procédure de remplacement en cas d'absence, mais une procédure de maintien d'activité, qui « s'inscrit dans une organisation particulière du Plan bleu », en cas d'absentéisme élevé de soignants (25%, 40% et 100%).</p> <p>Remarque 18 : L'établissement n'a pas fourni de procédure de remplacement en cas d'absence.</p>

2.2. Gestion d'information

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
2.3	2.3.1	Gestion d'information	<p><u>Les données statistiques de la structure</u></p> <p>Le rapport d'activités 2023 présente les GIR des résidents de 2020 à 2023, du GMP validé en 2018 à ■■■■ Le PMP est égal à ■■■■ en 2018 également.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			 <p data-bbox="504 678 1547 707"><u>Photo 3 : chapitre 4.1 « Etat du niveau de dépendance et du besoin en soins » (RA en 2023)</u></p>
2.3	2.3.2	Gestion d'information	<p data-bbox="504 826 987 855"><u>Le rapport annuel d'activité médicale (RAMA)</u></p> <p data-bbox="504 871 1093 900">Les RAMA des trois dernières années ont été transmis.</p> <p data-bbox="504 916 2159 979">Ces documents comprennent les données portant sur l'état de santé et de dépendance, les modalités de la prise en charge en soins, et une analyse de ces données. Il n'est pas fait mention d'événement indésirable lié aux soins.</p>
2.3	2.3.3	Gestion d'information	<p data-bbox="504 1021 1005 1050"><u>Le registre des entrées et sorties des résidents</u></p> <p data-bbox="504 1066 1335 1094">L'établissement dispose d'un registre des entrées et des sorties mentionnant :</p> <ul data-bbox="551 1110 976 1235" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="551 1110 976 1139">• l'identité des personnes accueillies, <li data-bbox="551 1155 833 1184">• la date de leur entrée, <li data-bbox="551 1200 824 1228">• la date de leur sortie. <p data-bbox="504 1251 954 1279">Le registre n'est pas paraphé par le maire.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<p>Écart 31 : Le registre n'est pas paraphé par le maire, ce qui contrevient à l'article R331-5 CASF.</p>
2.3	2.3.4	Gestion d'information	<p><u>Les dossiers administratifs des résidents</u></p> <p>Sur l'échantillon de cinq dossiers disponibles et observés, la Mission d'inspection note que tous les dossiers disposent du contrat de séjour signé, mais que certains dossiers des résidents ne sont pas complets. Il manque par exemple les annexes de contrats, les informations sur le médecin traitant, le règlement intérieur, le projet individuel et pas toujours de PAI actualisés, les directives anticipées, les états des lieux.</p> <p>Il manque dans chaque dossier des résidents le règlement de fonctionnement, le PAI, les réunions de synthèse.</p> <p>Remarque 19 : La mission constate une incomplétude de documents dans la tenue de certains dossiers des résidents.</p>
2.3	2.3.5	Gestion d'information	<p><u>Le support et le contenu des dossiers médicaux des résidents</u></p> <p>Les dossiers médicaux sont enregistrés et gérés dans le logiciel de soins. Il est prévu un changement de logiciel en janvier 2025.</p> <p>L'ensemble des données de santé est enregistré dans ce logiciel, comprenant notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents, - Surveillance des paramètres, - Évaluations (GIR, Pathos, MMS etc.), - Régime, - Allergies, - Vaccinations, - Plan de soins, - Transmissions soignantes, - Prescriptions, - Observations médicales et paramédicales, - Transmissions pharmacien, <p>ainsi qu'une numérisation des données papier type CRH.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
2.3	2.3.6	Gestion d'information	<p><u>Le stockage et la sécurisation des dossiers médicaux des résidents</u> Les dossiers médicaux papiers sont stockés dans le poste de soins fermé par digicode et dans le dossier informatisé.</p>  <p><u>Photo 4 : Digicode d'accès au poste de soins</u></p>





2.3. Bâtiments, espaces extérieurs et équipements


N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
2.4	2.4.1	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	<p><u>L'état général du bâtiment</u> Le bâtiment, dans sa globalité, est dans un très bon état et ne montre pas de signe de vétusté.</p>
2.4	2.4.2	Bâtiments, espaces extérieurs et équipement	<p><u>Le suivi des réparations</u> L'EHPAD dispose d'un ETP pourvu d'agent de maintenance pour effectuer des travaux d'entretiens quotidiens. L'agent de maintenance est en lien direct avec le responsable hébergement de la structure qui suit les demandes et interventions à réaliser.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
2.4	2.4.3	Bâtiments, espaces extérieurs et équipement	<p><u>Système et/ou salle de rafraîchissement</u></p> <p>L'EHPAD n'a pas transmis les annexes du plan bleu permettant de vérifier si l'établissement dispose d'un système de rafraîchissement de l'air ou d'équipement d'appoint pour rafraîchir les espaces.</p> <p>Écart 32 : L'établissement n'a pas transmis les informations sur l'existence d'un système de climatisation ou salle de rafraîchissement pendant les risques climatiques conformément à l'article D312-155-4-2 CASF (salle rafraichissante EHPAD).</p>
2.4	2.4.4	Bâtiments, espaces extérieurs et équipement	<p><u>L'accessibilité PMR des locaux</u></p> <p>L'établissement est accessible aux personnes à mobilité réduite. Les espaces communs sont assez grands pour assurer le déplacement de toute personne et les couloirs permettent la circulation d'une personne en fauteuil roulant.</p> <p>La circulation verticale est permise par plusieurs ascenseurs qui étaient tous en état de marche le jour de l'inspection.</p>
2.4	2.4.5	Bâtiments, espaces extérieurs et équipement	<p><u>Les équipements facilitant le déplacement</u></p> <p>L'établissement dispose de fauteuils roulants, de rails, des verticalisateurs ainsi que de lève-malade.</p> <p>La mission ne peut déterminer le nombre de matériel détenu par l'EHPAD.</p>
2.4	2.4.6	Bâtiments, espaces extérieurs et équipement	<p><u>Équipement de prévention de la maltraitance</u></p> <p>Dans le cadre de la prévention de la maltraitance, l'établissement assure des formations « utilisation du drap de glisse » et « rappel sur l'utilisation des lève-personnes en EHPAD ». Ces formations étaient inscrites au plan de formation 2023.</p>

2.4. Sécurités

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
2.5	2.5.1	Sécurités	<p><u>Les déchets ménagers (DAOM)</u></p> <p><u>Les déchets associés aux soins à risque infectieux (DASRI)</u></p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<p>La Mission a observé sur le chariot des médicaments, un sac DAOM (déchets à ordure ménagère) et une boîte OPCT (objet percutant – coupant - tranchant) glissée dans un support. Ces boîtes sont changées toutes les 72 heures.</p> <p>Lors de son passage, la Mission trouve également une boite OPCT posée sur un chariot sans socle, un collecteur à DASRI vide placé dans le local pharmacie du poste de soins. Dans cette même pièce un document sur le tri des déchets est affiché.</p> <p>Le matériel à DASRI est identifié au nom de l'EHPAD et daté du jour de la mise en service.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="474 443 822 900">  </div> <div data-bbox="920 461 1317 900">  </div> </div> <p>Photo 5 : Chariot médicaments Photo 6 : Boîte OPCT fermée sans socle posée sur un chariot</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="456 1034 775 1310">  </div> <div data-bbox="1055 1027 1308 1310">  </div> </div> <p>Photo 7 : Consigne de tri des DASRI</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<p>Photo 8 : Collecteur DASRI dans le poste de soins</p> <p>Remarque 20 : Il existe un risque d'accident d'exposition au sang avec une boîte OPCT sans socle même avec le couvercle fermé</p> <p>L'EHPAD ne dispose pas de local intermédiaire pour stocker les collecteurs à DASRI.</p> <p>Remarque 21 : Il n'existe pas de local intermédiaire pour stocker les collecteurs à DASRI contrairement aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles du Guide technique- Déchets d'activité de soins à risques, ministère de la santé et des sports, 2009</p>
2.5	2.5.2	Sécurités	<p><u>Les vaccinations des résidents et des professionnels</u></p> <p>Le médecin coordonnateur est en charge, en lien avec le cadre IDE, du suivi des vaccinations grippe et covid pour les résidents et de l'organisation des campagnes de vaccination. Les vaccinations contre la grippe et le covid des résidents sont réalisées à 8 jours d'intervalle. En 2023, 96% des résidents ont été vaccinés contre la grippe. La campagne 2024 est en cours lors de l'inspection.</p> <p>Une vaccination du personnel contre la grippe est organisée à l'EHPAD. En 2023, 12 professionnels ont été vaccinés contre la grippe.</p> <p>Les autres vaccinations, notamment VRS, pneumocoque, sont gérées par les médecins traitant. Une sensibilisation de ces professionnels est faite par le médecin coordonnateur.</p>
2.5	2.5.3	Sécurités	<p><u>L'aide à la prévention des chutes</u></p> <p>Dans les espaces de circulation : couloirs, salon, il y a des barres d'appui, pas de sièges fixes.</p>  <p>Photo 9 : Salon au 2^{ème} étage : barre et fauteuil</p>
2.5	2.5.4	Sécurités	<p><u>La prévention des fuques</u></p> <p>L'EHPAD se trouve dans un grand jardin derrière une porte donnant sur la rue. Dans cette enceinte, il y a également des personnes extérieures à l'établissement qui vont et viennent. Une caméra est installée à l'entrée du bâtiment de l'EHPAD. Elle filme les entrées et les sorties.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			L'accueil de l'EHPAD dispose d'un trombinoscope des résidents. Il n'a pas été précisé s'il s'agit d'un trombinoscope spécifique aux résidents « fugueurs ».
2.5	2.5.5	Sécurités	<p><u>L Le système d'appels malades</u> e système d'appel malade est une montre qui renvoie l'appel sur les téléphones des personnels soignants.</p>  <p><u>Photo 10 :</u> Montre appel malade</p>

3. Prises en charge

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

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
3.1	3.1.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p><u>Admission et entrée dans l'EHPAD</u></p> <p>Les dossiers de préadmission sont proposés par la responsable des admissions qui planifie la visite de préadmission. Il existe plusieurs procédures concernant l'admission du résident :</p> <ul style="list-style-type: none">- Une sur la préadmission de 2023 revue en février 2024 qui traite de la gestion de la demande d'admission. <p>D'après les entretiens, le médecin coordonnateur ne reçoit pas le futur résident par manque de temps (0,3ETP) mais vise le dossier. Dans les différents documents, la visite se fait avec la psychologue accompagnée du directeur ou du médecin coordonnateur ou du cadre de santé et/ou la responsable d'admission de 3 EHPAD du groupe.</p> <ul style="list-style-type: none">- Une procédure d'octobre 2024 sur la visite du résident avant son entrée précise les objectifs de cette procédure : s'assurer du consentement de la personne, lui présenter l'établissement et répondre à ses questions. <p>En annexe de cette procédure : une check-list des points évoqués avec le résident et le « qui fait quoi » de la validation du dossier et accord pour admission par le directeur et par le médecin coordonnateur, du paramétrage de la montre d'appel jusqu'à la mise en place de la plante d'accueil dans la chambre, est remplie. Elle servira jusqu'à deux semaines après l'arrivée du résident pour tracer la remise du livret d'accueil, l'évaluation de l'autonomie, la mise à jour du plan de soins et le recueil des « envies et les souhaits du résident en termes d'animation... ».</p> <p>Les critères de refus par le médecin coordonnateur sont les coûts de certains dispositifs médicaux trop onéreux pour la structure.</p>

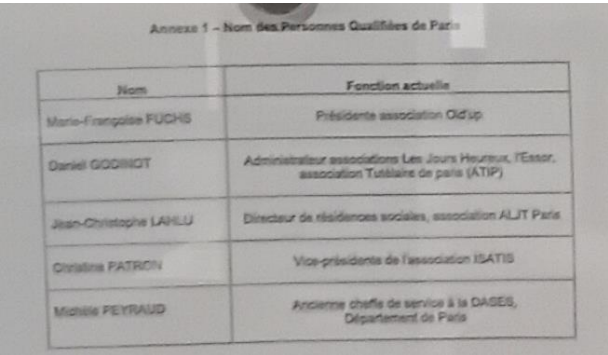
N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
3.1	3.1.2	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p><u>L'admission dans l'EHPAD</u></p> <p>Dans la procédure d'accueil et d'admission de 2023, il est indiqué que le responsable hébergement « ...effectue la signature du contrat avec le résident et son représentant légal... ». Dans une check-list de tâches réalisées lors de l'admission, la Mission constate que c'est le directeur qui a signé ce document.</p> <p>Dans cette procédure « Accueil et admission », il est indiqué au point 6 la « ...Réalisation de l'évaluation gériatrique standardisée...».</p> <p>Le médecin coordonnateur prescrit un bilan sanguin standard avec recherche d'albuminémie. A l'admission, l'IDE évalue le Braden (risques d'escarre), mesure et pèse le résident, se renseigne sur ses plats préférés, ses problèmes éventuels de déglutition. Une évaluation verbale de la douleur ou numérique Algoplus est réalisée.</p> <p>Une évaluation systématique du risque de chute par un kinésithérapeute est réalisée. L'ergothérapeute fait un Timed Up and Go, une toilette évaluative, évalue les besoins en matériel ergonomique nécessaire pour la préservation de l'autonomie.</p> <p>La psychologue fait un MMS (fonctions cognitives). Elle évalue les risques de dépression, de suicide. Elle n'utilise pas l'échelle RUD (Échelle de Risque Urgence Danger sur le suicide).</p> <p>L'évaluation du GIR est réalisée dans le mois suivant l'admission du résident par le médecin coordonnateur, le cadre de santé et l'équipe soignante.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
3.1	3.1.3	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p><u>L'élaboration et le suivi des projets individuels d'accompagnement (PIA)</u></p> <p><u>Les réunions de synthèse</u></p> <p>Deux soignants sont nommés référents par résident. Ils travaillent en équipe et contre équipe. Ils transmettent les informations sur le résident au cadre de santé car ils ne participent pas à l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé (PAP). La psychologue anime la réunion sur les PAP une à deux fois par semaine pendant laquelle un dossier de résident est passé en revue environ 6 mois après son entrée. Y assistent le médecin, le cadre de santé, l'animateur et le responsable hôtelier. Les PAP ne sont pas revus chaque année. « Une synthèse en commun permet de définir les objectifs puis un membre de l'équipe disciplinaire va présenter le PAP au résident. Le PAP sera ensuite signé ».</p> <p>Écart 33 : D'après la procédure transmise, la participation active du résident à l'élaboration de son PAP n'est pas garantie, ce qui n'est pas conforme à l'article L311-3, 7° du CASF.</p> <p>Remarque 22 : La co-construction du projet d'accompagnement personnalisé n'est pas faite dans les 3 mois suivant l'admission du résident et revue chaque année comme le préconise "Le projet personnalisé, une dynamique du parcours d'accompagnement", HAS -2018</p> <p>Remarque 23 : Les référents des résidents et les IDE ne participent pas en présentiel à la réunion de synthèse pluridisciplinaire comme décrit dans « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - HAS-Décembre 2008</p>
3.1	3.1.4	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p><u>Analyse des pratiques, échanges de bonnes pratiques dans le cadre de l'amélioration des prises en charge des résidents</u></p> <p>Aucune réunion d'analyse de pratiques n'est organisée à ce jour. La direction a la volonté de mettre en place ces temps dès qu'elle aura trouvé un intervenant adapté. La Mission a retrouvé dans le plan de formations 2023, la programmation de formation à l'analyse de pratiques pour 20 stagiaires - 16h00 sur l'année 2024. Au vu des entretiens menés, aucune session n'a été réalisée. Le plan du 2° semestre 2024 n'a pas été fourni.</p> <p>Remarque 24 : L'établissement n'intègre pas l'analyse de pratiques dans la politique de lutte contre la maltraitance dans son projet d'établissement en cours d'élaboration comme le recommande la HAS dans « Mission du responsable d'établissement rôle de l'encadrement/maltraitance », 2008</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
3.1	3.1.5	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p><u>Les médecins traitants</u></p> <p>La liste des médecins traitant (MT) par résident montre que 8 résidents sont sans médecin désigné, et 7 résidents sont suivis par le médecin coordonnateur uniquement. Lors des entretiens, le chiffre de 27 résidents sans MT a été évoqué, c'est-à-dire environ 37% des résidents.</p> <p>13 médecins figurent sur la liste des médecins traitant, dont 3 prenant en charge 38 résidents au total.</p> <p>4 médecins traitant ne se déplacent pas.</p> <p>Modalités d'intervention</p> <p>Le médecin coordonnateur prescrit et réévalue en équipe pluridisciplinaire différents soins. Peu de médecins traitants prescrivent directement dans le dossier informatisé du résident.</p> <div data-bbox="501 616 2132 695" style="border: 1px solid black; background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <p>Remarque 25 : Le nombre élevé de résidents sans médecin traitant implique un rôle important du médecin coordonnateur dans les suivis médicaux individuels, non compatible avec sa durée totale d'exercice comme médecin coordonnateur.</p> </div>
3.1	3.1.6	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p><u>La complétude des dossiers médicaux</u></p> <p>5 extractions de dossiers médicaux ont été analysées.</p> <p>On constate une bonne complétude des dossiers : renseignement des différentes parties du dossier, transmissions soignantes pluriquotidiennes, et observations médicales régulières.</p>
3.1	3.1.7	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	<p><u>Les transmissions inter équipes</u></p> <p>Les transmissions pluridisciplinaires (IDE-AS-ergothérapeute, psychomotricienne, psychologue) ont lieu de façon quotidienne du lundi au vendredi. Le cadre de santé et le médecin coordonnateur en assurent le pilotage.</p> <p>Les équipes ont à disposition dans le logiciel de soins le dossier informatisé du résident.</p> <p>Le temps de chevauchement entre les équipes de jour et de nuit n'est que de 5 minutes et n'est pas suffisant au vu du nombre de résidents pour assurer un relai de qualité.</p> <div data-bbox="501 1190 2132 1302" style="border: 1px solid black; background-color: #ffe6e6; padding: 5px;"> <p>Écart 34 : Les cinq minutes d'échange entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit ne suffisent pas à transmettre des informations essentielles pour assurer la sécurité et la qualité des soins des 73 résidents, ce qui n'est pas conforme aux articles L311-3 1° et L311-3 3° du CASF.</p> </div>

3.2. Respect des droits des personnes

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
3.2	3.2.1	Respect des droits des personnes	<p><u>La place des familles</u></p> <p>Le Conseil de la Vie Sociale est en place dans l'établissement et se réunit au moins trois fois par an depuis 2021. Il a également été indiqué à la mission que les relations avec les familles étaient très fluides et qu'elles étaient associées à la vie de l'établissement via des réunions. Une enquête de satisfaction a été menée auprès des familles et des proches en 2024.</p> <p>L'EHPAD dispose d'une cour intérieure qui permet aux familles et proches de passer des moments en extérieur avec la personne accueillie.</p>
3.2	3.2.2	Respect des droits des personnes	<p><u>La charte des Droits et Libertés des personnes accueillies</u></p> <p>La charte des Droits et Libertés des personnes accueillies est bien remise, en tant qu'annexe du contrat de séjour, à l'entrée de la personne accueillie dans l'établissement, ce qui est mentionné dans le livret d'accueil.</p> <p>La mission a constaté l'affichage de la charte ainsi que celle des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance dans les locaux de l'EHPAD.</p>
3.2	3.2.3	Respect des droits des personnes	<p><u>Les personnes qualifiées départementales</u></p> <p>La liste départementale des personnes qualifiées est affichée dans l'établissement. Elle est ancienne et ne correspond pas à celle de l'arrêté du 14 juin 2022 (disponible sur le site de l'ARS).</p> <p>Écart 35 : La liste des personnes qualifiées affichée dans l'établissement n'est pas à jour, ce qui n'est pas conforme aux articles L311-3, 6° et L311-5 du CASF.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires												
			 <p>Photo 11 : Liste des personnes qualifiées affichée dans l'EHPAD</p> <table border="1" data-bbox="723 300 1261 579"> <thead> <tr> <th>Nom</th> <th>Fonction actuelle</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mario-Françoise FUCHS</td> <td>Présidente association Od'up</td> </tr> <tr> <td>Daniel GODINOT</td> <td>Administrateur associations Les Jours Heureux, l'Essor, association Tutélaire de pairs (ATIP)</td> </tr> <tr> <td>Jean-Christophe LAHLU</td> <td>Directeur de résidences sociales, association ALJT Paris</td> </tr> <tr> <td>Christine PATRON</td> <td>Vice-présidente de l'association ISATIS</td> </tr> <tr> <td>Murielle PEYRAUD</td> <td>Ancienne cheffe de service à la DASES, Département de Paris</td> </tr> </tbody> </table>	Nom	Fonction actuelle	Mario-Françoise FUCHS	Présidente association Od'up	Daniel GODINOT	Administrateur associations Les Jours Heureux, l'Essor, association Tutélaire de pairs (ATIP)	Jean-Christophe LAHLU	Directeur de résidences sociales, association ALJT Paris	Christine PATRON	Vice-présidente de l'association ISATIS	Murielle PEYRAUD	Ancienne cheffe de service à la DASES, Département de Paris
Nom	Fonction actuelle														
Mario-Françoise FUCHS	Présidente association Od'up														
Daniel GODINOT	Administrateur associations Les Jours Heureux, l'Essor, association Tutélaire de pairs (ATIP)														
Jean-Christophe LAHLU	Directeur de résidences sociales, association ALJT Paris														
Christine PATRON	Vice-présidente de l'association ISATIS														
Murielle PEYRAUD	Ancienne cheffe de service à la DASES, Département de Paris														
3.2	3.2.4	Respect des droits des personnes	<p><u>La personne de confiance des résidents</u></p> <p>Le contrat de séjour transmis par l'établissement contient une annexe relative à la désignation d'une personne de confiance qui contient les formulaires de désignation et révocation à remplir par le résident.</p> <p>L'annexe cite l'article L1111-6 du CSP et présente les éléments suivants : qui peut désigner la personne de confiance, qui peut être la personne de confiance, quand la désigner, comment la désigner, comment informer la structure de la désignation d'une personne de confiance, ainsi que les principales missions de la personne de confiance.</p> <p>Il n'a pas été indiqué à la Mission si un dispositif d'accompagnement, autre que le contrat de séjour, était en place dans l'établissement pour la désignation d'une personne de confiance.</p>												
3.2	3.2.5	Respect des droits des personnes	<p><u>Les directives anticipées</u></p> <p>Le contrat de séjour transmis par l'établissement contient une annexe relative aux directives anticipées ainsi qu'aux dernières volontés du résident.</p> <p>Cette annexe sur les directives anticipées renseigne le résident sur : pourquoi rédiger ses directives anticipées, qui peut les rédiger, comment les rédiger et qui les conserve.</p> <p>Il n'a pas été indiqué à la mission si un dispositif d'accompagnement, autre que le contrat de séjour, était en place dans l'établissement pour renseigner le résident sur les directives anticipées.</p>												

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
3.2	3.2.6	Respect des droits des personnes	<p><u>Les contentions</u></p> <p>L'établissement a transmis les RAMA 2021, 2022 et 2023.</p> <p>Pour les RAMA 2021 et 2022, le contenu est identique. Les contentions sont analysées, mais pas comptabilisées et il est indiqué un « recours à la contention très limité » uniquement pour des barrières de lit. Il est également précisé que toutes les contentions font l'objet d'une prescription et d'une réévaluation en équipe, que les professionnels sont sensibilisés au risque de la contention et que le travail de traçabilité autour de la contention est fait. La psychologue intervient auprès du résident si besoin.</p> <p>Il n'y a pas de rubrique portant sur les contentions dans le RAMA 2023.</p> <p>Remarque 26 : Les contentions ne sont pas toujours comptabilisées et analysées dans le RAMA de l'établissement.</p> <p>L'EHPAD a transmis la procédure de contention en cas d'urgence, mais pas la procédure « classique ». La Mission ne peut donc s'assurer de la pratique de l'établissement en matière de contention et déterminer si elle est compatible avec la liberté d'aller et venir du résident ainsi que les bonnes pratiques.</p> <p>Écart 36 : En l'absence de transmission de la procédure relative aux contentions, la mission ne peut déterminer si la pratique de contention de l'EHPAD est compatible avec la liberté d'aller et venir du résident ainsi que les bonnes pratiques en vigueur, ce qui n'est pas conforme aux articles L311-3, 1° et L311-4-1 I du CASF.</p>
3.2	3.2.7	Respect des droits des personnes	<p>Il a été indiqué à la mission que les photos des résidents étaient affichées dans le logiciel de soins de l'EHPAD.</p> <p>A l'accueil, un trombinoscope est à disposition des professionnels pour prévenir les sorties inopinées.</p>
3.2	3.2.8	Respect des droits des personnes	<p><u>Les mesures de protection juridiques en cas d'incapacité de gestion et protection des biens*</u></p> <p><u>Les mesures de protection des biens</u></p> <p>Le contrat de séjour transmis par l'établissement comprend une annexe relative au dépôt d'objet par le résident dans le coffre de l'EHPAD auquel seul le directeur et le comptable ont accès.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<p>Dès son arrivée dans l'établissement, le résident peut demander à déposer tout objet ou bien « dont la nature justifie la détention durant le séjour du résident » ce qui inclut notamment : bijoux, carnets de chèque, cartes bancaires, numéraire et tout document administratif. Tout dépôt est inscrit sur le registre dédié avec datation et signature du directeur.</p> <p>Pour les retraits, le résident doit en faire la demande auprès du directeur ou du comptable en indiquant sur le registre des biens ce qu'il souhaite retirer.</p>

3.3. Vie sociale et relationnelle

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
3.3	3.3.1	Vie sociale et relationnelle	<u>L'animation</u>	<p><u>L'animation</u></p> <p>L'établissement dispose d'un ETP d'animatrice « chargée de la vie sociale, culturelle et spirituelle ».</p> <p>Le projet d'animation est intégré au Projet d'établissement de 2015 dont le renouvellement est prévu d'ici juin 2025.</p> <p>En vue de ce renouvellement, un projet d'animation récent a été transmis. Il indique les objectifs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respecter la dignité et l'intimité de la personne, • Lutter contre l'isolement affectif et social, • Créer une dynamique, une pulsion de vie, au sein de l'établissement, • Participer au projet de soin/accompagnement personnalisé, • Maintenir l'équilibre nutritionnel et favoriser le plaisir à la prise de repas. <p>L'établissement a transmis son programme d'animations des 3 derniers mois. Celui-ci comprend des activités variées, qui ont lieu 1 à 2 fois par jour.</p> <p>Les différents types d'animation sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ateliers corporels : gymnastique douce, renforcement musculaire, équilibre, bien-être, sensibilisation aux chutes (dont certains ateliers avec la MedCo), multirythmie, gymnastique et chant en musique, sophrologie, • Ateliers artistiques : chorale, bubble-peinture, atelier bouquet de fleurs, bracelets brésiliens, tricot, tissage et perles,

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Points de contrôle	Observations ou commentaires
				<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers culturels : par exemple avec des « contes ou lectures à voix haute », des lectures philosophiques, des documentaires (sur « les années lumineuses 1905-1930 », les portraits d'Oskar Kokoschka), des conférences (« l'industrie pharmaceutique », « patrimoine et matrimoine »), des films (« Good bye Lenin »), un gala d'opéra de Mozart à Puccini, • La prévention de la perte d'autonomie : (« petit bac » sur la mémoire), quizz musical, • Ateliers à caractère ludique : pétanque dans le jardin, scrabble, mur interactif, atelier « empreintes digitales », atelier saveurs, • Analyse de l'actualité avec des étudiants de Sciences-Po, • Spirituel : messes le dimanche et 2 fois par semaine, prières à l'intention des disparus de l'EHPAD de l'année précédente, • Pot de départ, les anniversaires du mois, les parties de crêpes, • Des sorties : par exemple pour l'exposition Arcabas (église saint-Ignace), « natures urbaines » (Pavillon de l'Arsenal), • D'autres sujets comme la restitution de l'enquête de satisfaction. <p>Concernant le PASA, l'équipe d'inspection a pris connaissance du programme d'activités. Celui-ci inclut des ateliers sur les thèmes suivants : cognitifs, de discussion, mémoire, de praxie, sensori-moteur, de ballon, cuisine ; des jeux de société ainsi qu'un atelier libre choix ou une sortie le samedi.</p> <p>Les activités incluent aussi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La préparation de la table et la mise du couvert, le déjeuner thérapeutique, et l'aide au débarrassage, • Des temps calmes : détente, sieste, lecture ou télévision, • Et en fin d'après-midi : un goûter, un temps d'échange et une préparation au retour à l'EHPAD. <p>Le personnel présent est constitué d'une à 2 ASG, et en plus d'une psychologue ou d'une psychomotricienne selon les demi-journées.</p>

3.4. Vie quotidienne. Hébergement

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
3.4	3.4.1	Vie quotidienne - Hébergement	<p><u>Les chambres</u></p> <p>Les chambres sont équipées d'un lit électrique, d'un chevet, d'une prise de téléphone, du branchement de la télévision, d'un système d'appel malade sous forme de montre, d'une chaise, d'un fauteuil de repos. Les résidents peuvent apporter du mobilier personnel en tenant compte de l'encombrement de la chambre. Un placard dans la chambre est à disposition avec un coffre-fort. Chaque chambre dispose d'une salle de bains avec douche.</p>
3.4	3.4.2	Vie quotidienne - Hébergement	<p><u>Les enquête de satisfaction</u></p> <p>Une enquête de satisfaction a été réalisée auprès des résidents et de leurs proches entre le 1^{er} et le 19 juin 2024. La mission n'a pas connaissance d'enquêtes réalisées précédemment.</p> <p>41 résidents ont répondu aux questions sur les thèmes suivants (taux de réponse : 56%) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le cadre de vie, - L'entretien de l'établissement, - Le linge, - Les activités proposées, - La santé et les soins, - Le soutien de l'autonomie, - Les relations avec le personnel de l'établissement, <p>Le taux de satisfaction global de l'établissement est de 97,5% chez les résidents (très satisfaisant +satisfaisant). Les points forts sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La satisfaction des soins prodigués, - La satisfaction des activités proposées, - La satisfaction de la décoration et du confort. <p>Les axes d'amélioration sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La qualité des repas, - L'ambiance de la salle à manger, - L'entretien et la distribution du linge.

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<p>26 proches ont répondu à l'enquête qui a porté sur les thèmes suivants (taux de réponse : 36%) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'accueil du proche/parent, - La prise en charge, - Les demandes et réclamations, - L'entretien de locaux et des chambres, - L'accompagnement général, - La restauration, - Le CVS. <p>Le taux de satisfaction global de l'établissement est de 92,3% (satisfaisant + moyennement satisfaisant) chez les proches. Les points forts sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La possibilité et simplicité des visites, - L'accompagnement des soins, - La propreté de l'EHPAD. <p>Les axes d'amélioration sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La prise en compte des demandes et réclamations, - La qualité de la restauration, - La propreté de la chambre.
3.4	3.4.3	Vie quotidienne - Hébergement	<p><u>L'alimentation :</u> <u>Les régimes, textures</u> <u>La gestion des fausses routes</u></p> <p>La prévention de la dénutrition Il n'y a pas de diététicienne dans l'établissement. Il n'y a pas non plus de commission des menus instituée avec la participation des résidents. La société Médirest fournit les repas. Plus de 40% des résidents s'en plaignent. Un travail sur la qualité de l'alimentation est engagé (présentation en verrine).</p> <p>Il existe une procédure « Prévention et de prise en charge de la dénutrition » d'octobre 2024.</p> <p>Le médecin coordonnateur, le cadre de santé, le responsable hôtelier et éventuellement le chef de cuisine se réunissent une fois par mois pour faire un point nutrition.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
--------	---------	------------	------------------------------

A partir du tableau de synthèse des dénutris extrait du logiciel de soins, de la traçabilité des pesées, du suivi de l'albuminémie et des facteurs de risques particuliers, une prise en soins de la dénutrition est engagée. Des CNO (compléments nutritionnels oraux) sont donnés à 15 résidents le jour de l'inspection.

A l'admission du résident, l'IDE recueille les informations données par la famille et le résident sur ses éventuels troubles dysphagiques. L'IDE assiste au premier repas du résident pour surveiller les risques de fausse route. Les soignants sont formés par une formation flash au risque de fausse route. 13 résidents boivent de l'eau gazeuse et 1 résident prend de l'eau gélifiée.

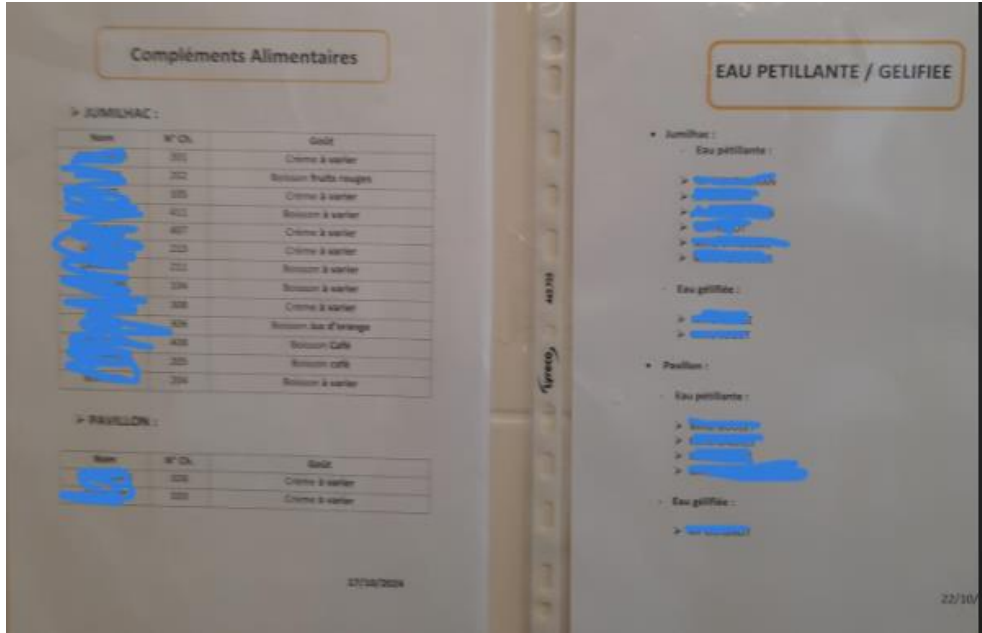




Photo 12 : Liste des résidents sous CNO et eau gazeuse et gélifiée

Remarque 27 : Il n'y a pas de compte-rendu de la commission nutrition.

Remarque 28 : Il n'y a pas de commission des menus.

Remarque 29 : La traçabilité des ingesta est aléatoire.

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
3.4	3.4.5	Vie quotidienne - Hébergement	<p><u>Les repas</u></p> <p>Les horaires des repas sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 07h30 : petit déjeuner - 12h30 : déjeuner - 18h30-45 : dîner - Goûter et Collation à la demande : compote et madeleine <p>Les goûters ne sont pas donnés systématiquement à tous les résidents.</p> <p>Des collations nocturnes sont distribuées aux résidents qui le souhaitent : fromage, biscuits et de boissons chaudes. Certains résidents souhaiteraient avoir de la soupe la nuit. La possibilité d'avoir de la soupe lyophilisée va être étudiée. Les soignants ne tracent pas toujours les ingesta dans le DIR.</p> <p>Les collations nocturnes sont distribuées à la demande et non proposées de façon systématique.</p> <p>Remarque 30 : Les goûters enrichis ou non sont donnés à la demande et non systématiquement</p>
3.4	3.4.6	Vie quotidienne - Hébergement	<p><u>Le suivi de l'état nutritionnel</u></p> <p><u>Surveillance du poids des résidents</u></p> <p>Une pesée des résidents est effectuée mensuellement, entre le 1^{er} et 10 mois. Un référent est chargé de la vérification.</p> <p>L'établissement dispose de 3 plateformes de pesée et de 3 chaises de pesée.</p> <p>Le tableau de suivi des poids et IMC transmis montre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un suivi régulier, mensuel, des poids. 94% des résidents ont été pesés dans le mois précédent l'inspection. - Un IMC inférieur à 22 pour 25 résidents, soit 35%, et inférieur à 20 pour 11 résidents, soit 15%. <p><u>Liste des résidents dénutris</u></p> <p>Une extraction régulière depuis le logiciel de soins n'est pas aisée. Un tableau de synthèse des résidents dénutris est tenu à jour, comprenant en particulier, poids, IMC, albumine.</p>
3.4	3.4.8	Vie quotidienne - Hébergement	<p><u>Les toilettes</u></p> <p>Chacune des aides-soignantes prend en soins neuf résidents. Elles suivent le planning des douches. Certains résidents en ont une tous les jours, d'autres plusieurs fois par semaine.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
3.4	3.4.9	Vie quotidienne - Hébergement	<p><u>Les changes</u></p> <p>Les aides-soignantes accompagnent les résidents aux toilettes à la demande.</p> <p>Les résidents sont changés 3 fois par jour : le matin, l'après-midi et au coucher. Si besoin, les résidents sont changés la nuit. Le cadre de santé commande les protections sur le logiciel du fournisseur à partir des besoins individuels de chaque résident.</p>
3.4	3.4.11	Vie quotidienne - Hébergement	<p><u>Le circuit du linge</u></p> <p>L'établissement prend en charge le linge des résidents. Le taux de satisfaction des résidents obtenu lors de l'enquête de satisfaction de 2023 n'était pas bon. Seulement 50 % des résidents sont satisfaits de la propreté, du repassage et des délais de retour du linge.</p> <p>Lors de la visite de la lingerie, la Mission a constaté du linge propre en train de sécher à l'air du côté « sale » des machines à laver, du linge de résidents dans une réserve de linge propre, du linge posé sur un petit chariot et le coin du repassage-marquage du linge très encombré, ainsi qu'un balai entreposé à côté des sèches linge.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">     </div>  <p>Photo 13 : Linge non filmé posé sur un petit chariot</p> <p>Photo 14 : Linge séchant à l'air libre</p> <p>Photo 15 : Coin repassage-marquage du linge très encombré</p> <p>Photo 16 : Réserve de linge (serviettes de table...) non filmé avec stockage de tenues personnelles</p> <p>Photo 17 : Balai à poils et sèche-linge pour un autre EHPAD</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque 31 : Le séchage du linge serré à l'air et entreposé sur les étendoirs, le stockage de vêtements personnels dans une réserve de linge de table ainsi que la présence d'un balai à poils dans la lingerie ne respectent pas les bonnes pratiques concernant le linge de résident en ESMS données dans le guide du CPIAS, 2022.</p> <p>Remarque 32 : L'encombrement des locaux en lingerie et le manque de rangement ne permet pas un bionettoyage correct des locaux.</p> </div>

3.5. Soins : L'organisation de la continuité des soins

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
3.8	3.5.1	Soins	<p><u>Equipe pluridisciplinaires mobilisées pour la PEC des résidents</u></p> <p>Pour assurer la continuité des soins, l'équipe pluridisciplinaire est composée d'IDE, d'AS, d'ASG, d'AES, d'1 psychomotricienne et d'1 psychologue (3 fois par semaine). Des professionnels libéraux interviennent également : des kinésithérapeutes, un ergothérapeute (3 fois par semaine), des orthophonistes à la demande et des médecins traitants. L'EHPAD fait également appel à une astreinte IDE de nuit au SSIAD.</p> <p>L'EHPAD a conventionné avec une pharmacie.</p> <p>L'établissement est confronté à des difficultés de recrutement d'IDE et de médecins traitants. En ce qui concerne les médecins traitants, la direction fait appel à un cabinet de recrutement. Le medco à 30% souhaite arrêter prochainement ses fonctions à l'EHPAD.</p> <p>Deux IDE ont démissionné récemment. Devant « l'impossibilité de les remplacer », la direction fait appel à des IDE libérales, au recrutement sur une plateforme en ligne.</p>
3.8	3.5.2	Soins	<p><u>Organisation du travail des professionnels de santé, la continuité des soins</u></p> <p>L'organisation du travail et la continuité des soins dans les services sur 24H00.</p> <p><u>Equipes de jour</u></p> <p>L'établissement a fourni un plan des secteurs et chambres de l'EHPAD sur lequel sont indiqués les horaires des binômes AS-Auxiliaire de jour. L'organisation prévoit que 8 AS travaillent en binôme avec une auxiliaire de vie par étage. Ci-dessous, un extrait de ce plan :</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires																																		
			<p>8 secteurs de couleurs différentes, une aide-soignante par secteur avec des soins en binôme et ne pas hésiter à faire appel à sa collègue en cas de difficulté.</p> <ul style="list-style-type: none"> - CHAPELLE (1er et 2ème étage) 08h30 - 20h30 - JUMILHAC 1er étage 06h55 - 18h55 - JUMILHAC 2ème étage 08h00 - 20h00 - JUMILHAC 3ème étage 06h55 - 18h55 - JUMILHAC 4ème étage 08h30 - 20h30 <ul style="list-style-type: none"> - PAVILLON 1er étage 06h55 - 18h55 - PAVILLON 2ème étage 08h30 - 18h30 - PAVILLON 3ème étage 08h30 - 20h30 																																		
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="background-color: #4a7ebb; color: white; text-align: center;">JUMILHAC 4</td> <td style="background-color: #4a7ebb; color: white; text-align: center;">401</td> <td style="background-color: #4a7ebb; color: white; text-align: center;">402</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="background-color: #4a7ebb; color: white; text-align: center;">JUMILHAC 3</td> <td style="background-color: #4a7ebb; color: white; text-align: center;">301</td> <td style="background-color: #4a7ebb; color: white; text-align: center;">302</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f1c232; text-align: center;">CHAPELLE 2</td> <td style="background-color: #f1c232; text-align: center;">213</td> <td style="background-color: #f1c232; text-align: center;">212</td> <td style="background-color: #f1c232; text-align: center;">211</td> <td style="background-color: #add8e6; text-align: center;">201</td> <td style="background-color: #add8e6; text-align: center;">202</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="background-color: #add8e6; text-align: center;">JUMILHAC 2</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>														JUMILHAC 4	401	402				JUMILHAC 3	301	302	CHAPELLE 2	213	212	211	201	202				JUMILHAC 2		
			JUMILHAC 4	401	402																																
			JUMILHAC 3	301	302																																
CHAPELLE 2	213	212	211	201	202																																
			JUMILHAC 2																																		
			<p><u>Equipes de nuit</u></p> <p>La nuit, 2 AS sont en charge des services de 20h25 à 06H25 pour l'une et de 21h00 à 07H00 pour l'autre selon l'organisation suivante :</p> <p>1 AS pour Chapelle 1 et 2, pour Jumilhac 2-3-4 soit 40 chambres,</p> <p>1 AS pour Jumilhac 1, pour Pavillon1-2-3 et 2 chambres au rez- de -chaussée soit 33 chambres.</p> <p>Ci-dessous un extrait du plan des secteurs par AS de nuit :</p>																																		

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<p>Le cadre de santé fait les plannings, travaille avec un réseau d'IDE libéraux pour suppléer les postes IDE non pourvus. Il participe également à toutes les transmissions. Il transmet des informations importantes sur les résidents au moment de leur admission, transmet les informations des référents lors des réunions PAP. Il corrige les pratiques soignantes. Depuis son arrivée, il a œuvré pour que les soignants aient du matériel informatique (tablettes). Il travaille sur la traçabilité des soins.</p> <p>L'établissement a conventionné avec une pharmacie d'officine, au sein de laquelle on trouve un pharmacien référent pour l'établissement.</p>

3.6. Soins : Les moyens pour la prise en soin

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
3.8	3.6.1	Soins	<p><u>Le poste de soins</u></p> <p>Les chambres sont réparties dans 2 bâtiments, on trouve un poste de soins dans le bâtiment Jumilhac au 1^{er} étage, qui donne sur le local pharmacie. Il existe également un poste de soins dans le bâtiment Pavillon mais qui n'est pas fonctionnel, et sert de lieu de stockage.</p> <p>Le poste de soins utilisé est en état de bonne propreté apparente, le bionettoyage est assuré par l'équipe de bionettoyage pour les sols, et par les IDE pour la paillasse et du réfrigérateur.</p>
3.8	3.6.2	Soins	<p><u>Les équipements du poste de soins</u></p> <p>Le poste de soins situé à Jumilhac comprend un bureau avec un poste informatique pour les soignants, des armoires avec dossier, le matériel d'urgence dans un sac d'urgence, des obus O2, des produits d'hygiène et instruments de mesure et le coffre à clé des médicaments pour la nuit.</p> <p>Il manque l'affichage d'une procédure d'urgence, comprenant les numéros à joindre en cas d'urgence.</p> <p>Il donne sur le local pharmacie, dont l'accès est sécurisé avec un code. Dans celui-ci sont stockés les médicaments comprenant les piluliers, les médicaments thermosensibles, le coffre à stupéfiants, le stock pour besoins urgents, ainsi que les chariots de soins et de médicaments.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Écart 37 : Aucune procédure d'urgence avec numéros à joindre en cas d'urgence n'est affichée dans le poste de soins, ce qui n'est pas conforme à l'article L311-3 1° du CASF.</p> </div>
3.8	3.6.3	Soins	<p><u>La sécurisation du poste de soins</u></p> <p>Les affichages sont tenus à jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Affiche sur les équivalences des génériques,

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<ul style="list-style-type: none"> - Liste des médicaments écrasables, - Composition du stock tampon, - La règle des 5B.
3.8	3.6.4	Soins	<p><u>Les projets de soins individualisés (PSI)</u></p> <p>Le projet de soins individualisé est élaboré en collaboration entre l'IDEC, les équipes soignantes, et le médecin coordonnateur.</p> <p>Les plans de soins observés sont à jour.</p>
3.8	3.6.5		<p><u>L'organisation du travail des nouveaux professionnels IDE, AS, AES, ... (nouveaux CDI/CDD, vacataires, intérimaires, stagiaires)</u></p> <p>Pour les nouveaux salariés, la période d'intégration est définie par le cadre de santé en fonction de ses compétences. En principe, le nouvel arrivant est en doublon avec un autre soignant pendant 2 semaines.</p> <p>L'établissement fourni des fiches de tâches pour les ASH dont les principales missions dans les unités de soins sont le bionettoyage des locaux et servir les repas.</p> <p>L'établissement a transmis des documents « plan secteur » qui détaillent le bâtiment et les numéros des chambres des résidents pris en charge dans les différents pavillons de l'établissement. Ces documents ne constituent pas des fiches de tâches horaires qui détaillent l'organisation des missions des personnels soignants pour la journée.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e1ecf4; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque 34 : Aucune fiche de tâches horaires d'IDE, AS et AVS n'a été fournie à la mission</p> </div>
3.8	3.6.6	Soins	<p><u>Les dossiers de liaison d'urgence (DLU)</u></p> <p>Le dossier de liaison d'urgence (DLU) est accessible 24h/24 dans le dossier informatique du résident sur le poste informatique du poste de soins. Il est mis à jour toutes les heures et imprimable. D'après les entretiens, le personnel de nuit fixe et remplaçant peut extraire le DLU.</p>
3.8	3.6.7	Soins	<p><u>Le chariot d'urgence</u></p> <p>Le sac d'urgence, situé dans le poste de soins, est scellé et vérifié mensuellement. La traçabilité de la dernière vérification est affichée. Les obus d'O2 sont arimés.</p>


N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
3.8	3.6.8	Soins	<p><u>Le défibrillateur automatique externe (DAE)</u></p> <p>Un DAE est situé dans l'entrée au rez-de-chaussée, visible du public et facile d'accès.</p> <p>La signalétique est conforme.</p>
3.8	3.6.9	Soins	<p><u>Prévention, dépistage et protocole de gestion de la douleur</u></p> <p>Des procédures de prévention, dépistage et lutte sont la douleur ont été transmises : procédures « Prise en charge de la douleur Physique », procédure « Prise en charge non médicamenteuse de la douleur », protocole « Prévention douleurs »</p> <p>Ces procédures de 2022 ne sont pas connues du cadre de santé ni du médecin coordonnateur.</p> <p>Il y a un dépistage de la douleur à l'admission du résident.</p> <p>Pour les soins très douloureux l'établissement fait appel à l'HAD.</p> <p>Dans le RAMA 2023, il est indiqué que 73 résidents ont été évalués avec une échelle numérique ou Algoplus.</p> <p>Remarque 35 : Les procédures de prévention et du traitement de la douleur ne sont pas connues du personnel.</p>
3.8	3.6.10	Soins	<p><u>Les soins palliatifs</u></p> <p>Pallidom intervient si besoin à la demande de l'établissement. Un seul dossier est dormant à la date de l'inspection.</p> <p>L'établissement fait également appel à la coordination des soins palliatifs à domicile [REDACTED]</p> <p>Remarque 36 : L'établissement n'a pas fourni de procédure d'accompagnement de la fin de vie au sein de l'EHPAD</p>
3.8	3.6.11	Soins	<p><u>Les procédures et protocoles de soins</u></p> <p>Des procédures existent en cas d'urgence, avec utilisation des fiches « conduite à tenir en situation d'urgence » de l'ARS à destination des IDE et AS.</p> <p>Les procédures transmises par l'établissement sont les suivantes : douleur (prévention, évaluation, prise en charge), chutes (prévention, évaluation, prise en charge), contentions, dénutrition, repérage fragilités sensori-cognitives, risque suicidaire (prévention, évaluation), escarres.</p> <p>Une procédure d'hospitalisation a également été transmise, reprenant de façon complète les prises en charge avant et après une hospitalisation.</p>

3.7. Soins : Les échanges et transmissions orales et écrites dans le dossier médical et dossier de soins

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
3.8	3.7.1	Soins	<p><u>La traçabilité des soins par les professionnels de l'EHPAD</u></p> <p>La traçabilité des soins est effectuée dans le dossier informatisé du résident. Elle peut être réalisée à partir d'un ordinateur avec code d'accès. Dans ce cas, la traçabilité a lieu après la tournée. Depuis récemment, elle peut également être réalisée à partir de tablettes, ce qui optimise la traçabilité après chaque soin et son exhaustivité.</p>
3.8	3.7.2	Soins	<p><u>Les supports de transmissions écrites des prestataires extérieurs</u></p> <p>Les professionnels extérieurs se voient fournir des codes d'accès au dossier informatisé du résident, leur permettant de noter leurs observations et d'effectuer leurs transmissions via ce logiciel.</p> <p>Les dossiers médicaux analysés comprennent des transmissions de médecins traitants et de kinésithérapeutes.</p>

3.8. Soins : Le circuit du médicament

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
3.8	3.8.1	Soins	<p><u>La procédure du circuit du médicament</u></p> <p>Il existe une procédure de circuit du médicament sous la forme d'une procédure socle de l'organisme gestionnaire, comprenant une partie personnalisée adaptée à l'établissement, datant d'avril 2022.</p> <p>L'établissement a transmis un support de sensibilisation au circuit du médicament à destination des soignants.</p> <p>Il n'a pas été mentionné d'audit du circuit du médicament et aucun document en ce sens n'a été transmis.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e6f2ff; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Remarque 37 : Ne pas réaliser d'audit sur le circuit du médicament régulièrement est contraire aux recommandations de bonnes pratiques de l'OMEDIT Ile de France et de l'ANESM.</p> </div>
3.8	3.8.2	Soins	<p><u>L'identitovigilance des résidents</u></p> <p><u>L'identification des médicaments jusqu'à l'administration</u></p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<p>Les photographies des résidents figurent dans le dossier médical informatisé, mais pas sur les piluliers du fait d'une impossibilité technique liée au système utilisé par la pharmacie.</p> <p>Les médicaments sont identifiés jusqu'à l'administration, y compris la nuit.</p> <p>Écart 38 : L'absence de photographie du résident sur les piluliers nuit à la qualité de l'identitovigilance.</p>  <p>Photo 18 : Conditionnement de traitement sans photo</p>
3.8	3.8.3	Soins	<p><u>Les moyens de transmissions entre l'EHPAD et l'officine en pharmacie</u></p> <p>Les prescriptions médicales sont transmises à la pharmacie de manière sécurisée par l'intermédiaire du logiciel de soins et l'IDE transmet par mail les prescriptions médicales non informatisés et les prescriptions urgentes.</p> <p>La messagerie utilisée pour la transmission des ordonnances par mail n'est pas sécurisée.</p> <p>Les échanges avec la pharmacie sur les erreurs constatées se font par mail.</p> <p>Le pharmacien se déplace régulièrement dans l'établissement.</p> <p>La Mission n'a pas connaissance d'EI signalé pour une erreur de préparation des piluliers.</p> <p>Écart 39 : La transmission par l'établissement de façon non sécurisée des ordonnances des résidents, qui contiennent des données médicales nominatives, contrevient à l'article L311-3 4° du CASF et à l'article 32 du RGPD.</p>
3.8	3.8.4	Soins	<p><u>Le stock de médicament pour besoins urgents</u></p> <p>Il existe un stock de médicaments pour besoins urgents ou « stock tampon » avec liste préétablie, et contrôlé.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
3.8	3.8.5	Soins	<p><u>Les stupéfiants</u></p> <p>Les produits stupéfiants sont situés dans un coffre fermé et arrimé situé dans le local pharmacie.</p> <p>Un registre dédié est tenu à jour.</p>
3.8	3.8.6	Soins	<p><u>Les prescriptions médicales</u></p> <p>Les prescriptions médicales sont effectuées dans le dossier informatisé sur le logiciel de soins.</p> <p>Les prescripteurs dans le dossier informatisé sont le médecin coordonnateur et les médecins traitants intervenant dans l'établissement. Certains médecins traitants n'utilisent pas le dossier informatisé et rédigent des ordonnances papier (cela concerne 4 prescripteurs).</p> <p>Les ordonnances de médecins extérieurs (libéraux ou hospitaliers) sont transmises au format papier.</p> <p>La liste des médecins traitant est accessible dans le poste de soins et leur contact figure dans le logiciel de soins.</p> <p>Les prescriptions observées étaient conformes.</p>
3.8	3.8.7	Soins	<p><u>La liste préférentielle de médicaments (LPM)</u></p> <p>Il existe une liste préférentielle des médicaments, basée sur une liste OMEDIT, discutée avec les médecins traitants.</p>
3.8	3.8.8	Soins	<p><u>La retranscription des prescriptions dans le dossier médical</u></p> <p>La retranscription des ordonnances papier est effectuée par le pharmacien à partir des ordonnances originales.</p> <p>Les IDE ne saisissent pas de prescriptions orales.</p>
3.8	3.8.9	Soins	<p><u>La dispensation des médicaments par l'officine en pharmacie</u></p> <p>La dispensation par la pharmacie d'officine partenaire s'appuie sur l'originale de la prescription, par un système d'interfaçage avec le logiciel de soins ou par une transmission par mail à la pharmacie des ordonnances scannées par l'établissement.</p>
3.8	3.8.10	Soins	<p><u>Médicaments : préparation des piluliers</u></p> <p>Une convention est signée avec une pharmacie de proximité (voir 4.1.6 convention officine) depuis juillet 2024.</p> <p>Au regard de la prescription médicale, la pharmacie prépare automatiquement les médicaments en piluliers nominatifs, de manière hebdomadaire (système de préparation de doses à administrer) et les traitements « hors pilulier » sont préparés par les infirmières de l'établissement (selon la forme et le niveau de risque du médicament, et pour les traitements « si besoin »).</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
			<p>Les piluliers sont préparés de façon hebdomadaire, livrés le mercredi dans des bacs scellés.</p> <p>Une vérification de l'ensemble des traitements livrés est effectuée le jeudi par une IDE titulaire, dans un local à part pour éviter les interruptions de tâches. Elle répartit ensuite les médicaments sur les chariots dans la salle de stockage des traitements.</p> <p>En cas de prescription complémentaire en cours de semaine, l'officine livre le traitement concerné dans la journée, dans sa boîte d'origine. En cas de suppression de traitement en cours de semaine, l'IDE retire le traitement concerné du pilulier.</p>
3.8	3.8.11	Soins	<p><u>La préparation des médicaments (hors piluliers)</u></p> <p>La préparation au sein de l'EHPAD est réalisée par les IDE.</p> <p>Il n'a pas été constaté de glissement de tâches.</p>
3.8	3.8.12	Soins	<p><u>Les locaux et les conditions de préparation des médicaments au sein de l'EHPAD</u></p> <p>La préparation au sein de l'EHPAD est réalisée par l'IDE dans le local pharmacie, en utilisant la dernière ordonnance originale.</p> <p>L'entretien du local pharmacie est mensuel.</p>
3.8	3.8.13	Soins	<p><u>Le stockage des médicaments (stock individuel, chariot médicaments)</u></p> <p>Les médicaments sont stockés dans le local pharmacie, dont l'accès est sécurisé par un digicode connu uniquement des IDE.</p> <p>Les médicaments thermosensibles sont stockés dans un réfrigérateur situé dans le local pharmacie. Il existe une traçabilité des relevés de température quotidiens. Les températures constatées étaient conformes</p>
3.8	3.8.14	Soins	<p><u>Les dates de péremption des médicaments</u></p> <p>Il n'a pas été transmis de procédure spécifique de surveillance des dates de péremption. La procédure de circuit du médicament stipule « qu'un contrôle régulier permet de s'assurer de l'absence de médicaments périmés, journaliers lors du réapprovisionnement des chariots de distribution, mensuel pour le frigo, l'armoire à pharmacie, le coffre de stupéfiant, le stock tampon et le sac d'urgence. »</p> <p>Les dates de péremption des flacons multi-usages ouverts contrôlés lors de l'inspection étaient bien indiquées.</p>
3.8	3.8.15	Soins	<p><u>La liste des médicaments écrasables</u></p> <p>Une liste des médicaments écrasables est à disposition.</p> <p>Il existe une procédure de recommandations pour l'écrasement des médicaments, de l'organisme gestionnaire, datant de 2022.</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
3.8	3.8.16	Soins	<p><u>La délégation de l'IDE de l'administration des médicaments</u></p> <p>L'administration des médicaments du matin au Bâtiment Pavillon et des médicaments du soir sont délégués aux AS.</p> <p>Le protocole du circuit du médicament stipule que « les AS et les IDE sont formées aux règles et bonnes pratiques en matière d'identitovigilance. »</p> <p>Les autres administrations, y compris au PASA le midi, sont réalisées par les IDE.</p>
3.8	3.8.17	Soins	<p><u>Traçabilité de l'administration des médicaments ou des motifs de non-administration</u></p> <p>La traçabilité est effectuée dans le dossier médical informatisé.</p> <p>Il est prévu dans le protocole de circuit du médicament que la traçabilité de l'administration soit faite par les IDE, ou par les AS en cas de collaboration.</p>

4. Relations avec l'extérieur

4.1. Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
4.2	4.1.1	Coordination avec les autres secteurs	<p><u>Convention avec un établissement de santé</u></p> <p>La MedCo a indiqué que l'établissement disposait d'une convention avec un CMP, mais aucune convention avec un établissement de santé n'a été transmise.</p>
4.2	4.1.2	Coordination avec les autres secteurs	<p><u>Convention avec des intervenants libéraux</u></p> <p>Des IDE libérales effectuent des vacations, mais aucune convention n'a été transmise.</p> <p>Écart 40 : L'absence de contrat avec les infirmières libérales intervenant dans l'établissement constitue une non-conformité à l'article L314-12 du CASF.</p>
4.2	4.1.3	Coordination avec les autres secteurs	<p><u>Convention avec l'hospitalisation à domicile (HAD)</u></p> <p>L'établissement a signé une convention avec la HAD AP-HP (14, rue Vésale 5°) le 4 juillet 2023 pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction.</p>
4.2	4.1.4	Coordination avec les autres secteurs	<p><u>Convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs</u></p> <p>L'établissement a adopté le dispositif Pallidom de l'HAD AP-HP pour les soins palliatifs à domicile.</p>
4.2	4.1.5	Coordination avec les autres secteurs	<p><u>Autres conventions</u></p> <p>L'établissement a transmis une convention avec l'Equipes mobile de gériatrie externe (EMGE) sud-est de Paris rattachée à l'Hôpital Broca (AP-HP) pour la période 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2022, non renouvelée.</p> <p>La direction a indiqué que « l'APHP ne souhaite pas conventionner ».</p> <p>La direction médicale a indiqué que l'établissement travaillait avec l'équipe mobile gériatrique de Sainte-Anne « qui passe chaque mois ».</p>

N°IGAS	N°LIGNE	Sous-thème	Observations ou commentaires
4.2	4.1.6	Coordination avec les autres secteurs	<p><u>Convention avec une officine en pharmacie</u></p> <p>Il a été indiqué en entretien que la convention avec une nouvelle pharmacie a été signée en juin 2024.</p> <p>Dans cette convention, il est indiqué que l'EHPAD doit informer les résidents du choix du pharmacien dispensateur. Le résident peut refuser ce choix.</p> <p>Après utilisation, les piluliers sont déposés dans une boîte de tri recyclable. Les médicaments périmés ou non pris sont déposés dans un carton pris ensuite par la pharmacie pour être détruits après avoir été quantifiés et tracés.</p> <p>Les médicaments sont livrés chaque mercredi. Les stupéfiants doivent être remis en mains propres à l'IDE référent.</p> <p>Les armoires de stockage des médicaments doivent être contrôlées a minima chaque année.</p>
4.2	4.1.7	Coordination avec les autres secteurs	<p><u>Les DAC</u></p> <p>L'établissement coopère avec la Maison des Aînés et des Aidants du 6° arrondissement pour l'accompagnement de personnes isolées par des bénévoles : courses, discussions, etc.</p>

5. Récapitulatif des écarts et des remarques

5.1. Écarts

Écart 1 :	L'établissement n'a pas présenté à la mission d'inspection les documents concernant le fonctionnement et l'organisation de l'organisme gestionnaire, conformément aux articles L312-1 6° et L313-1, 4e alinéa du CASF.	14
Écart 2 :	En ne remplissant pas les objectifs attendus concernant le fonctionnement du PASA, l'établissement contrevient à l'article D312-155-0-1 du CASF.	14
Écart 3 :	Le règlement de fonctionnement n'est pas remis au résident et n'est pas affiché ni mis à disposition dans un classeur au sein de l'établissement, ce qui contrevient à l'article R311-34 du CASF.	18
Écart 4 :	Par son incomplétude, le règlement de fonctionnement contrevient aux articles R.311-35, R.311-36 et R.311-37 du CASF.	19
Écart 5 :	L'établissement ne dispose pas d'un projet valide, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	19
Écart 6 :	L'absence du projet d'établissement ne permet pas à la mission d'inspection de contrôler les orientations de l'établissement et d'avoir une connaissance éclairée sur les prestations et les actions de l'établissement au bénéfice des résidents, ce qui n'est pas conforme aux dispositions des articles L311-3 et L311-8 du CASF.	20
Écart 7 :	Le plan bleu présente les éléments réglementaires, toutefois il n'est pas suffisamment descriptif pour permettre l'analyse des modalités des prises en charge des risques, de la continuité d'activité et de la reprise d'activité, 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.	20
Écart 8 :	Le contrat de travail du directeur n'a pas été présenté tel que le dispose l'article L315-17 du CASF. La mission d'inspection ne peut s'assurer de la conformité de ses fonctions.	22
Écart 9 :	Le document unique de délégation n'est pas formalisé et n'est pas présenté au CVS, ce qui contrevient à l'article D312-176-5 du CASF	24
Écart 10 :	Le responsable de soins agit au nom de l'établissement sans avoir signé une subdélégation, ce qui contrevient aux articles D315-67 et D315-69 du CASF.	25
Écart 11 :	Le temps de présence du MedCo ne répond pas à l'article du D312-156 du CASF.	26
Écart 12 :	En l'absence de transmission des diplômes du médecin coordonnateur et de son inscription à l'ordre des médecins, la mission ne peut vérifier si celui-ci dispose de compétences lui permettant d'exercer ce poste, ce qui contrevient à l'article D312-157 du CASF.	26
Écart 13 :	En l'absence de transmission du contrat du médecin coordonnateur, la mission ne peut déterminer si les conditions de son exercice répondent aux exigences des articles D.312-159-1 et R313-30-1 du CASF.	26
Écart 14 :	Les affichages réglementaires ne sont pas conformes aux articles L311-4 CASF (contrat de séjour - livret d'accueil avec charte droits et libertés, règlement intérieur), R311-34 CASF (règlement de fonctionnement affiché et remis à tout résident, professionnels ou bénévoles), R311-32-1 CASF et R314-162 CASF.	27
Écart 15 :	La date et les modalités de l'élection du CVS ne sont pas connues, ce qui contrevient à l'article D311-10 du CASF.	28

Écart 16 :	La composition et le fonctionnement du CVS contreviennent à l'article D311-4 du CASF.	28
Écart 17 :	Le règlement intérieur du CVS n'a pas été transmis, la Mission ne peut s'assurer de sa conformité, ce qui contrevient à l'article D311-19 du CASF.	30
Écart 18 :	L'établissement n'a pas réalisé d'évaluation entre 2015 et 2024, ce qui contrevient à l'article D.312-204 du CASF.	32
Écart 19 :	La définition de la maltraitance et son repérage ne sont pas donnés dans la procédure gestion d'un événement indésirable, ce qui n'est pas conforme à l'article L.119-1 du CASF.	34
Écart 20 :	Le Numéro d'ALMA n'est pas affiché, ce qui n'est pas conforme à l'article L.311- 3 6° du CASF.	34
Écart 21 :	Ne pas expliciter les situations de violence ou de harcèlement et leur signalement aux autorités de tutelles et judiciaires dans la procédure « gestion d'un événement indésirable » n'est pas conforme aux articles L. 331-8-1 du CASF et 434-3 du code pénal.	34
Écart 22 :	L'établissement ne dispose pas de procédure concernant le traitement de situation ou cas de maltraitance, ce qui n'est pas conforme aux articles L119-1 du CASF (Définition maltraitance), L 331-8-1 du CASF (information aux autorités des dysfonctionnements graves), R331-8 du CASF (déclaration EI à autorité compétente), l'Arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS, L313-24 du CASF (protection du signalant).	34
Écart 23 :	Dans la procédure de signalement d'un EI, ne sont pas cités les 11 types d'événements à déclaration obligatoire à l'ARS et au Conseil Départemental , ce qui contrevient à l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	36
Écart 24 :	Ne pas signaler les EIG - EIGS aux autorités de contrôles n'est pas conforme à l'article L331-8-1 du CASF et à l'arrêté du 28/12/2016 modifiés sur la nature des dysfonctionnements graves et événements à déclarer aux autorités administratives	38
Écart 25 :	Des personnels ne disposant pas du diplôme d'aide-soignant apparaissent comme AS dans les documents transmis. Cela peut entraîner des glissements de tâches entre ASH/Agents de soins et AS, ce qui constitue une non-conformité à l'article L311-3, 1° du CASF.	40
Écart 26 :	Les effectifs IDE et AS/AES de l'établissement ne sont pas suffisants pour permettre une prise en charge de qualité et garantir la sécurité du résident selon les critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du CPOM, ce qui n'est pas conforme à l'article L311-3, 1° et 3° du CASF.	42
Écart 27 :	La proportion de recours aux CDD de l'établissement, particulièrement pendant l'année 2024, démontre qu'il existe une instabilité des effectifs qui peut entraîner le risque d'une dégradation de la qualité de la prise en charge des résidents, ce qui n'est pas conforme à l'article L311-3, 3° du CASF.	43
Écart 28 :	Il n'y a qu'une personne ayant eu accès à une formation AFGSU sur les bilans de formations transmis, ce qui ne permet pas d'assurer les soins en urgence. Cela contrevient à l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.	46
Écart 29 :	Les plannings transmis montrent qu'entre 20h30 et 21h ainsi qu'entre 6h25 et 6h55, il n'y a aucun AS/AES présent dans l'établissement. L'absence de prise en charge des résidents pendant une demi-heure ne garantit pas la sécurité des résidents, ce qui n'est pas conforme à l'article L311-3, 1° du CASF.	48
Écart 30 :	L'organisation des conditions d'exercice des catégories de personnels (AS et AES) montre un glissement de tâches, ce qui n'est pas conforme aux articles L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS, D451-88 et -89 du CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES.	50
Écart 31 :	Le registre n'est pas paraphé par le maire, ce qui contrevient à l'article R331-5 CASF.	52
Écart 32 :	L'établissement n'a pas transmis les informations sur l'existence d'un système de climatisation ou salle de rafraîchissement pendant les risques climatiques conformément à l'article D312-155-4-2 CASF (salle rafraichissante EHPAD).	54

Écart 33 :	D'après la procédure transmise, la participation active du résident à l'élaboration de son PAP n'est pas garantie, ce qui n'est pas conforme à l'article L311-3, 7° du CASF.	60
Écart 34 :	Les cinq minutes d'échange entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit ne suffisent pas à transmettre des informations essentielles pour assurer la sécurité et la qualité des soins des 73 résidents, ce qui n'est pas conforme aux articles L311-3 1° et L311-3 3° du CASF.	61
Écart 35 :	La liste des personnes qualifiées affichée dans l'établissement n'est pas à jour, ce qui n'est pas conforme aux articles L311-3, 6° et L311-5 du CASF.	62
Écart 36 :	En l'absence de transmission de la procédure relative aux contentions, la mission ne peut déterminer si la pratique de contention de l'EHPAD est compatible avec la liberté d'aller et venir du résident ainsi que les bonnes pratiques en vigueur, ce qui n'est pas conforme aux articles L311-3, 1° et L311-4-1 I du CASF.	64
Écart 37 :	Aucune procédure d'urgence avec numéros à joindre en cas d'urgence n'est affichée dans le poste de soins, ce qui n'est pas conforme à l'article L311-3 1° du CASF.	75
Écart 38 :	L'absence de photographie du résident sur les piluliers nuit à la qualité de l'identitovigilance.	79
Écart 39 :	La transmission par l'établissement de façon non sécurisée des ordonnances des résidents, qui contiennent des données médicales nominatives, contrevient à l'article L311-3 4° du CASF et à l'article 32 du RGPD.	79
Écart 40 :	L'absence de contrat avec les infirmières libérales intervenant dans l'établissement constitue une non-conformité à l'article L314-12 du CASF.	83

5.2. Remarques

Remarque 1 :	L'initiation par l'établissement d'un dialogue avec les familles sur les intérêts d'une mesure de protection juridique contribuerait à une meilleure prise en charge des résidents.	15
Remarque 2 :	Les comptes-rendus des CODIR ne mentionnent pas le nom du rédacteur et sa fonction et ils ne sont pas formalisés.	21
Remarque 3 :	La fiche de poste du directeur n'est ni datée ni signée .	23
Remarque 4 :	L'établissement ne dispose pas de procédure de remplacement du directeur.	24
Remarque 5 :	Le contrat du cadre de santé n'a pas été transmis et sa fiche de poste n'est ni signée ni datée.	26
Remarque 6 :	Le PACQ n'a pas été fourni à la Mission d'inspection.	31
Remarque 7 :	Aucun compte-rendu de réunion avec le prestataire Médirect n'est rédigé.	31
Remarque 8 :	L'établissement ne fait pas d'évaluation et bilans des prestations externes	31
Remarque 9 :	Il n'existe pas de commission chute dans l'établissement contrairement à ce qui est annoncé dans le règlement de fonctionnement.	37
Remarque 10 :	Les documents de suivis des effectifs ne sont pas concordants entre eux.	39

Remarque 11 :	La liste du personnel et les plannings de l'établissement transmis ne permettent pas à la Mission d'être renseignée sur le nombre des salariés de l'équipe soignante.	40
Remarque 12 :	Au vu des documents transmis, la Mission ne peut déterminer les catégories des professionnels remplacés par des CDD	42
Remarque 13 :	Les dossiers administratifs des professionnels ne sont pas complets.	44
Remarque 14 :	Aucun document n'a été transmis à la mission sur les prestataires externes et professionnels libéraux intervenant dans l'EHPAD.	44
Remarque 15 :	L'établissement n'organise pas de temps d'échange des professionnels pour l'analyse de leurs pratiques.	47
Remarque 16 :	Les informations transmises par l'établissement sur les plannings ne permettent pas à la mission d'objectiver l'adaptation des plannings et la répartition des charges professionnelles entre les unités et entre les salariés.	47
Remarque 17 :	L'établissement n'a pas transmis les fiches de poste du directeur de l'établissement, des IDE, AS, ASG et ASH.	49
Remarque 18 :	L'établissement n'a pas fourni de procédure de remplacement en cas d'absence.	50
Remarque 19 :	La mission constate une incomplétude de documents dans la tenue de certains dossiers des résidents.	52
Remarque 20 :	Il existe un risque d'accident d'exposition au sang avec une boîte OPCT sans socle même avec le couvercle fermé	56
Remarque 21 :	Il n'existe pas de local intermédiaire pour stocker les collecteurs à DASRI contrairement aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles du Guide technique- Déchets d'activité de soins à risques, ministère de la santé et des sports, 2009	56
Remarque 22 :	La co-construction du projet d'accompagnement personnalisé n'est pas faite dans les 3 mois suivant l'admission du résident et revue chaque année comme le préconise "Le projet personnalisé, une dynamique du parcours d'accompagnement", HAS -2018	60
Remarque 23 :	Les référents des résidents et les IDE ne participent pas en présentiel à la réunion de synthèse pluridisciplinaire comme décrit dans « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - HAS-Décembre 2008	60
Remarque 24 :	L'établissement n'intègre pas l'analyse de pratiques dans la politique de lutte contre la maltraitance dans son projet d'établissement en cours d'élaboration comme le recommande la HAS dans « Mission du responsable d'établissement rôle de l'encadrement/maltraitance », 2008	60
Remarque 25 :	Le nombre élevé de résidents sans médecin traitant implique un rôle important du médecin coordonnateur dans les suivis médicaux individuels, non compatible avec sa durée totale d'exercice comme médecin coordonnateur.	61
Remarque 26 :	Les contentions ne sont pas toujours comptabilisées et analysées dans le RAMA de l'établissement.	64
Remarque 27 :	Il n'y a pas de compte-rendu de la commission nutrition.	69
Remarque 28 :	Il n'y a pas de commission des menus.	69
Remarque 29 :	La traçabilité des ingesta est aléatoire.	69
Remarque 30 :	Les goûters enrichis ou non sont donnés à la demande et non systématiquement	70

Remarque 31 :	Le séchage du linge serré à l'air et entreposé sur les étendoirs, le stockage de vêtements personnels dans une réserve de linge de table ainsi que la présence d'un balai à poils dans la lingerie ne respectent pas les bonnes pratiques concernant le linge de résident en ESMS données dans le guide du CPIAS, 2022.	71
Remarque 32 :	L'encombrement des locaux en lingerie et le manque de rangement ne permet pas un bionettoyage correct des locaux.	71
Remarque 33 :	Le tableau d'affectation des professionnels dans les services ne correspond pas au planning.	74
Remarque 34 :	Aucune fiche de tâches heurées d'IDE, AS et AVS n'a été fournie à la mission	76
Remarque 35 :	Les procédures de prévention et du traitement de la douleur ne sont pas connues du personnel.	77
Remarque 36 :	L'établissement n'a pas fourni de procédure d'accompagnement de la fin de vie au sein de l'EHPAD	77
Remarque 37 :	Ne pas réaliser d'audit sur le circuit du médicament régulièrement est contraire aux recommandations de bonnes pratiques de l'OMEDIT Ile de France et de l'ANESM.	78

6. Conclusion

L'inspection de l'EHPAD Amitié et Partage, géré par l'association Chemins d'espérance a été réalisé le 14 novembre 2024 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 :
 - o Conformité aux conditions de l'autorisation
 - Le taux d'occupation est conforme et respecte largement les seuils autorisés
 - o Management et stratégie.
 - Il existe un trio de tête au sein de la direction.
 - o Animation et fonctionnement des instances
 - Il existe un CVS au sein de l'établissement dont la composition et le fonctionnement nécessitent d'être revus pour être conformes.
 - o Gestion de la qualité
- L'établissement a mis en place des outils de gestion de la qualité qui restent à consolider pour une meilleure prise en charge des résidents.
- Prises en charge
 - o Organisation de la prise en charge
 - La prise en charge des résidents dès l'admission est bien encadrée et les informations sont à la disposition des résidents sur leurs conditions d'hébergement.
 - o Respect du droit des personnes
 - Les droits des résidents au moment de l'accueil et durant le séjour sont portés à la connaissance des résidents et sont appliqués, toutefois une vigilance doit être sur la liberté d'aller et venir.
 - Les conditions d'hébergement sont bonnes et les résidents bénéficient des espaces de circulation qui respectent leurs besoins et leur mobilité. L'organisme a prévu des travaux de rénovation du bâtiment qui contribueront à améliorer ces conditions d'accueil.
 - Une vie sociale est existante grâce aux différentes activités d'animation au sein de l'établissement avec la présence d'un PASA.
 - La liberté d'aller et venir est garantie.
 - o Soins et circuit du médicament : L'organisation de la continuité des soins
 - Les soins et le circuit du médicament sont encadrés par une équipe composée de Medco et de l'IDE. Cependant des efforts doivent être faits pour une mise à disposition de médecins traitants afin de permettre au Medco d'exercer pleinement ses missions.

Elle a également relevé des dysfonctionnements majeurs / importants en matière :

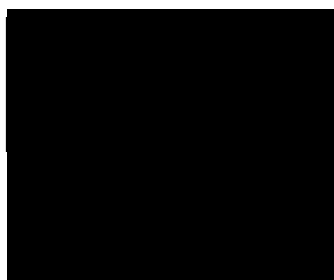
- Gouvernance :
 - o Conformité aux conditions de l'autorisation
 - Le PASA ne remplit plus correctement sa mission par manque de participants et/ ou la présence des résidents ne répondant plus aux objectifs de celui.
 - o Management et Stratégie

- Les affichages réglementaires ne sont pas complets.
 - La liste des personnes qualifiées affichée n'est pas à jour.
 - L'établissement n'a pas un projet valide et en vigueur.
 - Une incomplétude du Plan Bleu car celui présenté par l'établissement est succinct et ne présente pas toutes les parties réglementaires.
 - La subdélégation de la cadre de santé n'est pas signée ni datée.
 - Le temps d'exercice du Medco est en dessous du temps exigé par les textes en vigueur.
- Animation et fonctionnement des instances
- La composition et le fonctionnement du CVS ne sont pas conformes à la réglementation
 - Les modalités d'élection de ses membres n'ont pas respectés les règles établies par les textes en vigueur.
 - Gestion de la qualité
 - Les situations de violence ne sont pas suffisamment portées à la connaissance du personnel et des résidents.
 - Le numéro Alma n'est pas affiché dans l'établissement.
 - La promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance ne sont pas consolidées.
 - Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
 - La gestion des EI n'est pas consolidée et tous les EI ne sont pas déclarés.
- Fonctions support
 - Gestion des RH
 - La mission a relevé des glissements de tâches.
 - Une proportion importante de recours au CDD, ce qui constitue un risque d'instabilité des effectifs.
 - La confection des planning n'est pas claire et ne permet une connaissance réelle des effectifs et leur affectation dans les différentes unités.
 - Prises en charge
 - respect du droit des personnes
 - Le consentement du résident dans la mise en œuvre de sa prise en charge globale n'est pas toujours recherché et particulièrement dans la conception de son PAP.
 - Relations avec l'extérieur
 - Coordination avec les autres secteurs
 - Les relations avec les paramédicaux libéraux ne sont pas conventionnées.

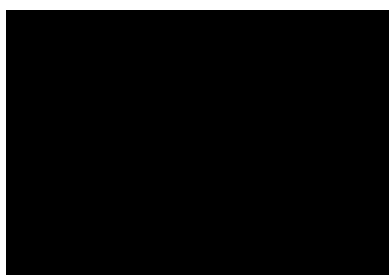
Ces constats nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent rapidement des actions de correction/ d'amélioration.

Saint Denis, le

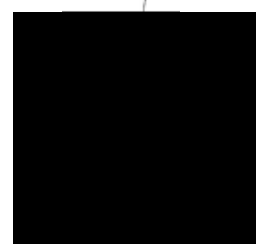
Inspectrice de l'action sanitaire et sociale
Coordonnatrice de la mission d'inspection
Délégation Départementale de Paris,
ARS-Ile-de-France



Chargé du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie
Direction des solidarités, Ville de Paris



Chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie
Direction des solidarités, Ville de Paris



7. Liste des sigles et acronymes utilisés dans ce rapport

AES : Accompagnant éducatif et social

AMP : Auxiliaire médico-psychologique

ARS : Agence régionale de Santé

AVS : Auxiliaires de vie sociale

AS : Aide-soignant

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

CoViD : Corona Virus Disease

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

DAOM : Déchets assimilés aux ordures ménagères

DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux

DASRIA : Déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés

DLU : dossier de liaison d'urgence

DUD : Document unique de délégation

DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels

EHPA : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour 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
MédCo/MEDEC : Médecin coordonnateur
PE : Projet d'établissement
PVP : Projet de vie personnalisé
PACQ : Plan d'amélioration continu de la qualité
PACQSS : Programme d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins
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
RDF/RF : Règlement de fonctionnement
RH : Ressources humaines
SF2H : Société française d'hygiène hospitalière
SFGG : Société française de gériatrie et gérontologie
UHR : Unité d'hébergement renforcée
UVP : Unité de vie protégée

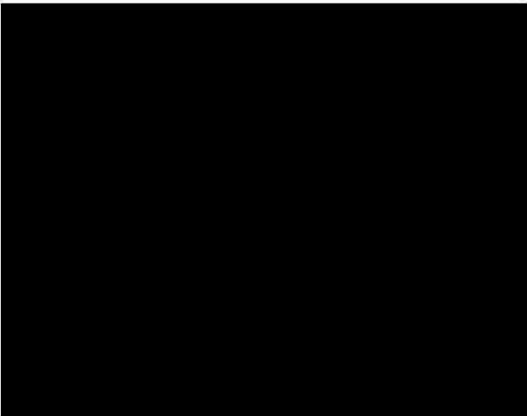
Annexe 1 Lettre de mission des agents chargés du contrôle



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

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

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : [redacted]
Courriel : [redacted]@ars.sante.fr



Saint-Denis, le 14 novembre 2024

Mesdames, Messieurs,

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD « Amitiés et Partage » (FINESS 750800427) situé au 83 rue de Sèvres, 75006 PARIS, géré par « l'Association Chemins d'espérance », et qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles d'accueil et de prise en charge des résidents ainsi que l'organisation et le fonctionnement de la structure.

La mission comprendra :

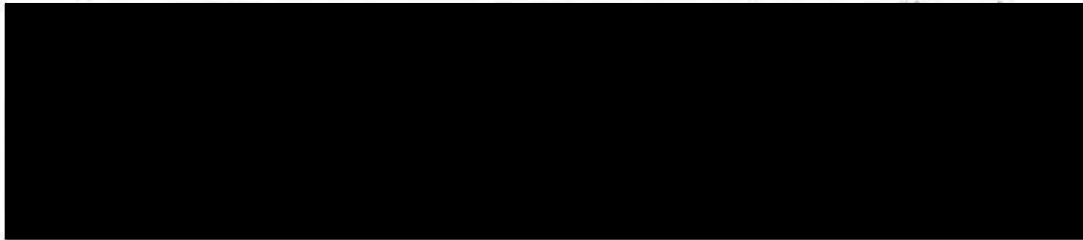
Pour sa composante Agence Régionale de Santé Île-de-France (ARS IDF) :



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

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

Pour sa composante Ville de Paris :



L'inspection sera réalisée sur le mode inopiné et débutera à compter du **14 novembre 2024 à 9h00**. Elle comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer. Elle pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

Un rapport nous sera remis dans un délai de trois mois à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L.121-1 du code des relations entre le public et l'administration. Nous notifierons les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

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

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

Le Directeur de la Délégation départementale
de Paris



Tanguy BODIN

Pour la Maire de Paris et par délégation,



Adjoint

conomie

Annexe 2 : Liste et relevé des documents demandés hors tableau RH

10 octobre 2024

EHPAD « Amitié et Partage »

Liste (non exhaustive) des documents à remettre à la mission

Documents à remettre immédiatement :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	Transmis/Consulté	Confirmation de dépôt sur clé par le directeur/directrice
A	Liste nominative des résidents par chambre admis à ce jour avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, bénéficiaire aide sociale et leur GIR (format EXCEL et non pdf) ;	1 copie + sur clé USB		X
B	Liste nominative des professionnels intervenant au sein de l'EHPAD (titulaires, CDI/CDD, stagiaires, libéraux etc..) avec leur fonction, affectation, présents/absents/poste vacant et date de recrutement (format EXCEL et non pdf)	1 copie + sur clé USB		
C	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	1 copie + sur clé USB		
D	Liste des membres du CVS	1 copie + sur clé USB		
E	Plannings des professionnels soignants pour le mois en cours et le mois précédent	1 copie + sur clé USB		
F	Organigramme nominatif de l'EHPAD+ETP	1 copie + sur clé USB		
G	Un plan des locaux	1 copie + sur clé USB		
H	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	Consultation		

A remettre ce jour :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	Transmis/Consulté	Confirmation de dépôt sur clé par le directeur/directrice
I- Gouvernance				
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, médecin prescripteur et de l'IDEC	Collecte Pro		X
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, de l'IDEC et médecin prescripteur Clé USB	Collecte Pro		X
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Collecte Pro		X
4	Subdélégation de l'adjoint de direction	Collecte Pro		X
5	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Collecte Pro		X
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Collecte Pro		X
7	Planning des astreintes des 6 derniers mois	Collecte Pro		X
8	Statut juridique du gestionnaire	Collecte Pro		X
9	Procès-verbaux des assemblées générales, conseils d'administration et bureaux de l'organisme gestionnaire de N-2, N-1, N	Collecte Pro		X
10	Comptes rendus des CODIR avec l'organisme gestionnaire réalisés en N-2, N-1, N	Collecte Pro		X
11	Comptes rendus des CODIR EHPAD réalisés en N-2, N-1, N	Collecte Pro		X
12	Calendrier et comptes rendus des réunions d'équipes	Collecte Pro		X
13	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation		X
14	Outils loi de 2002-2 (Livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement)	Collecte Pro		X
15	Dernière évaluation externe et interne et le suivi du plan d'actions	Collecte Pro		X
16	Comptes rendus des réunions des CVS de N-2, N-1, N et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Collecte Pro		X
17	Comptes rendus des réunions avec les familles de N-2, N-1, N	Collecte Pro		X
18	Projet d'établissement	Collecte Pro		X
19	Plan d'amélioration continue de la qualité	Collecte Pro		X
20	Récapitulatif des évènements indésirables recensés en de N-2, N-1, N et en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/Ville de Paris	Collecte Pro		X

21	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Collecte Pro		X
22	Procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des événements indésirables dont ceux associés aux soins : - procédure présentant le type d'EI à déclarer et modalités de déclaration - extraction/copie du registre d'enregistrement des EIG déclarés aux autorités de contrôle et plans d'action corrective mis en œuvre (N et N-1)	Collecte Pro		X
II	Fonction support			
23	Liste nominative des personnels en <u>CDD et en intérim en N-2 et N-1 et à M-4, M-3, M-2, M-1 et M</u>	Collecte Pro		X
24	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (<i>tableau Excel et non pdf</i>)	Collecte Pro		X
25	Procédure accueil du nouveau salarié	Collecte Pro		X
26	Extraction <u>sous fichier Excel</u> du Registre unique du personnel	Collecte Pro		X
27	Plannings des équipes de soins jour/nuit et ASH des 3 derniers mois (y-compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur + plannings réalisés M-1, M-2, M-3 + planning prévisionnel de décembre 2024 Précision de la légende des sigles utilisés +Tableau des absences et remplacements	Collecte Pro		X
28	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Collecte Pro		X
29	Dossiers RH des salariés	Consultation		X
30	Copie des registres des délégués du personnel	Consultation		X
31	Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)	Collecte Pro		X
32	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation		X
33	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1, M en cours)	Collecte Pro		X
34	Extraction du journal appel malades de J, J-1 et de la nuit écoulée	Collecte Pro		X
35	Procédure de conduite à tenir en cas de situation d'urgence médicale H24 (à usage des AS/AMP)	Collecte Pro		X
36	Contrats de location des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours	Collecte Pro		

	Équipement de l'EHPAD en rails, lèves personnes et chariots douches ?			
37	Factures N-2 et N-1, N des locations (lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres, ascenseur)	Collecte Pro		
III- Prise en charge				
38	Liste nominative des résidents admis à ce jour avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance ou âge, date d'entrée, date de PVI, bénéficiaire aide sociale, protection juridique (format EXCEL et non pdf)	Collecte Pro		X
39	Procédure d'admission	Collecte Pro		X
40	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation		X
41	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI	Collecte Pro		X
42	Liste nominative des médecins traitants des résidents	Collecte Pro		X
43	Rapport de la commission gériatrique annuelle et dates de réunions N-2, N-1, N	Collecte Pro		X
44	Planning des animations des 3 derniers mois	Collecte Pro		X
45	Enquête de satisfaction N-2 et N-1, N	Collecte Pro		X
46	Menus des 3 derniers mois	Collecte Pro		X
47	Les fiches de tâches heurées et fiches de poste des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	Collecte Pro		X
48	Les conventions de stage des élèves stagiaires présents le jour de la visite d'inspection	Collecte Pro		X
49	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	Collecte Pro		X
50	Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Collecte Pro		X
51	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Collecte Pro		X
52	Liste des protocoles de soins et communication des protocoles suivants : chute, douleur, escarres, pansements, dénutrition, contentions, risque suicidaire	Collecte Pro		X
53	Liste nominative des résidents ayant des repas enrichis, mixés ou hachés ; des résidents avec régime	Collecte Pro		X
54	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne	Consultation		X
55	DARI - Document d'Analyse des Risques Infectieux -	Collecte Pro		X
56	Nombre de chutes répertoriées, année N-2, N-1, N	Collecte Pro		X
57	Extraction des données de suivi nutritionnel : poids/IMC/Albumine : année (format Excel) N-2, N-1, N Extraction des données des tests réalisés dans le cadre des évaluations multidimensionnelles pour l'ensemble des résidents, année N-2, N-1, N (format Excel)	Remplir le document EXCEL joint au mail puis Dépôt à		X

		l'attention du Dr SIMONDON		
58	Extraction complète du dossier médical de 5 résidents : 1 dossier de résident en UVP et un dossier par étage pour les 4 autres résidents	Dépôt bluefiles à l'attention du Dr SIMONDON		X
59	Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés (campagne N -2, N-1, N)	Dépôt bluefiles à l'attention du Dr SIMONDON		X
60	Vaccination COVID réalisée en interne par l'EHPAD : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés à ce jour (année N-2, N-1, N)	Dépôt bluefiles à l'attention du Dr SIMONDON		X
61	Vaccinations DTP, zona, pneumocoques réalisés en interne par l'EHPAD : nombre de résidents vaccinés à ce jour (année N-2, N-1, N)	Dépôt bluefiles à l'attention du Dr SIMONDON		X
62	Deux derniers rapports annuels d'activité médicale (RAMA)	Collecte Pro		X
IV- Relations avec l'extérieur				
63	Dernier Plan bleu	Collecte Pro		X
64	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé publics et privés au titre de la continuité des soins (urgences/MCO/Psychiatrie)	Collecte Pro		X
65	Conventions signées avec l'hôpital de proximité, l'EMGE, un réseau de soins palliatifs, un service d'hospitalisation à domicile (HAD) et le DAC de secteur	Collecte Pro		X

-
- Les pièces demandées devront être transmises dans les meilleurs délais vers les plateformes suivantes : <https://collecte-pro.gouv.fr/> ainsi que [BlueFiles : ARS-IDF-DD75-MEDICO-SOCIAL](#) pour les documents médicaux. La procédure de connexion vous sera envoyée ultérieurement par mail.

Annexe 3 Liste des professionnels et usagers / familles avec lesquels la mission s'est entretenue

- La directrice
- La responsable qualité
- La gestionnaire administratif et paie
- Le MedCo
- L'IDEC
- La psychologue
- Les résidents
- Les familles
- Autres



13 rue du Landy

93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00

iledefrance.ars.sante.fr

