

**Direction départementale de Paris**

**Ville de Paris – direction de l'action sociale de l'enfance et de la santé**

<p align="center"><b>Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Repotel Gambetta » (EHPAD) 163, avenue Gambetta 75020 PARIS N° FINESS 750003972</b></p>	
<p align="center"><b><u>RAPPORT D'INSPECTION</u> N° 2022_0184 Contrôle sur pièces le 18/02/2022</b></p>	
<p><u>Mission conduite par</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Monsieur Nicolas DEMENET, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, Délégation Départementale de Paris, Agence Régionale de Santé d'Ile de France</li> <li>– Madame Christine LAURENT, responsable de la cellule inspection, bureau des actions en direction des personnes âgées, sous-direction de l'Autonomie, Ville de Paris</li> </ul> <p><u>Accompagnée par</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mélissa CARRETERO, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP.</li> </ul>	
<u>Textes de référence</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Article L. 313-13-V du Code de l'action sociale et des familles</li> <li>- Article L.1421-1 à L. 14-21- du Code de la santé publique</li> <li>- Article L. 1435-7 du Code de la santé publique</li> </ul>

## 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 :

- Seul le rapport définitif, établi après procédure contradictoire, est communicable aux tiers ;
- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration ;
- 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.

### 2/ Les restrictions concernant des procédures en cours

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

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

L'article L. 311-6 du CRPA dispose que « ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :

- dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...);
- portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;

- faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;
- Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique ».

L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : « lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de disjointre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions ».

Il appartient au commanditaire 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.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>7</b>
<b>A) Contexte de la mission d’inspection .....</b>	<b>7</b>
<b>B) Modalités de mise en œuvre .....</b>	<b>7</b>
<b>C) Présentation de l’établissement .....</b>	<b>8</b>
<b>CONSTATS .....</b>	<b>11</b>
<b>I – LA POLITIQUE DE RECRUTEMENT .....</b>	<b>12</b>
<b>A) Le recrutement et l’organisation de l’équipe d’encadrement</b>	
<b>B) Les professionnels intervenant auprès des résidents</b>	
<b>C) Conséquences sur l’organisation du travail</b>	
<b>II – LA COMMUNICATION INTERNE AVEC LES RESIDENTS ET LES FAMILLES ET LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE ET DE TRAITEMENT DE LEURS DEMANDES .....</b>	<b>23</b>
<b>A) Le nombre et le profil des résidents accueillis</b>	
<b>B) La communication avec les résidents et leurs familles et le traitement de leurs réclamations</b>	
<b>C) La gestion des réclamations et des événements indésirables et dysfonctionnements graves</b>	
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>30</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>32</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>33</b>
<b>Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle .....</b>	<b>33</b>
<b>Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis .....</b>	<b>35</b>

## SYNTHESE

### **Éléments déclencheurs de la mission**

La parution du livre « *Les Fossoyeurs, Révélation sur le système qui maltraite nos aînés* » a conduit la Ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, à engager la mise en œuvre rapide d'un programme d'inspection des EHPAD sur l'ensemble du territoire national.

Le présent contrôle sur pièces s'inscrit dans ce programme. Il est diligenté par la Directrice générale de l'ARS et la Maire de Paris au vu des risques que cet EHPAD présente, qui ont été appréciés par les services de la Délégation départementale de Paris et ceux de la sous-direction de l'autonomie de la Ville de Paris.

Le programme d'inspection, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de faire, à partir d'un contrôle sur pièces, une évaluation et une vérification des conditions de fonctionnement de l'EHPAD et de l'organisation de la prise en charge des résidents. Dans la région Ile-de-France le programme a débuté le 9 février 2022 et prendra en compte prioritairement les axes suivants :

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

En ce qui concerne le contrôle présent, les axes principalement examinés sont les suivants :

Mes équipes s'attacheront prioritairement lors du contrôle aux thématiques suivantes :

- Politique de recrutement,
- Communication interne avec les résidents et les familles et modalités de traitement des signalements.

### **Méthodologie suivie et difficultés rencontrées**

Ce contrôle sur pièces a consisté à demander à l'établissement par courrier du vendredi 18 février 2022 un ensemble de 23 documents. Sur ce total, 23 documents ont été reçus les 22 et 23 février 2022 et examinés par la mission de contrôle. Nous avons constaté quelques discordances entre les documents reçus par voie électronique et ceux reçus par voie postale (plannings, liste nominatives des professionnels présents le 21 février 2022).

**Principaux écarts à la réglementation et/ou aux bonnes pratiques professionnels et remarques constatés par la mission :**

➤ Principaux écarts constatés :

Statut		Description	Réf.
Ecart	1	L'établissement devrait justifier de 0,5 ETP de médecin coordonnateur au regard de son autorisation. Il est relevé son absence depuis janvier 2019.	Art. D312-156 du CASF
Ecart	2	L'établissement ne peut procéder à de nouvelles admissions (pérennes ou en hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation) en l'absence de médecin coordonnateur. Il convient donc de procéder au recrutement de médecin coordonnateur dans les meilleurs délais.	Art. D312-156 du CASF
Ecart	3	Il découle de l'absence de médecin coordonnateur que la présidence de la commission de coordination gériatrique n'est pas assurée.	Art.D312-158 du CASF
Ecart	4	Il incombe au gestionnaire d'organiser les plannings de manière à organiser tant la continuité des soins que l'administration des médicaments aux résidents et d'encadrer très précisément les délégations de tâches afin d'éviter tout glissement de tâches.	Art. R311-5 et suivants du CSP
Ecart	5	[REDACTED]	Art. L311-3 du CASF
Ecart	10	Il revient au gestionnaire de déclarer auprès des autorités de tarification et de contrôle les événements indésirables tel que prévu par la réglementation. En conséquence, il revient au gestionnaire de revoir la procédure de déclaration.	Art. L331-8-1 CASF

➤ Principales remarques formulées :

Statut		Description
Remarque	1	Prévoir une distinction sur les plannings et un équipement en blouses permettant une identification rapide des différents professionnels et de leurs fonctions.
Remarque	2	L'établissement doit mettre en œuvre l'ensemble des DLU conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.
Remarque	4	Le gestionnaire doit assurer l'effectivité du temps de psychomotricien conformément au projet de soins. Dans l'attente du recrutement, il lui revient le soin de conventionner avec un ou des professionnels libéraux afin de répondre aux besoins des résidents.
Remarque	7	Il revient au gestionnaire le soin d'organiser un rappel sur le remplacement périodique des protections et d'organiser le cas échéant des contrôles qualité.
Remarque	9	Le gestionnaire doit revoir la procédure de traitement des réclamations et les outils de la loi de 2002 pour permettre une information des résidents et de leurs représentants légaux quant à la possibilité de saisir les autorités de tarification et de contrôle.

## INTRODUCTION

### A) Contexte de la mission d'inspection

La Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France a été destinataire de plusieurs signaux et réclamations concernant l'EHPAD « Repotel Gambetta » situé à Paris (75020) qui appartient au groupe Repotel / Clinalliance. La parution récente du livre intitulé « Les Fossoyeurs, Révélation sur le système qui maltraite nos aînés » incite à une vigilance particulière vis-à-vis des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

Aussi, la Directrice générale de l'ARS et la Maire de Paris ont-t-elles diligenté un contrôle sur pièces visant cet établissement. Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents.

### B) Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle sur pièces, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V du code de l'action sociale et des familles, a pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents.

L'équipe d'inspection est constituée de :

- Monsieur Nicolas DEMENET, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, coordonnateur de la mission d'inspection, Délégation Départementale de Paris, Agence Régionale de Santé d'Ile de France ;
- Madame Christine LAURENT, responsable de la cellule inspection, bureau des actions en direction des personnes âgées, sous-direction de l'Autonomie, Ville de Paris

### Accompagnée par

Mélissa CARRETERO, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP.

Le contrôle sur pièces a fait l'objet d'un courrier d'annonce du vendredi 18 février 2022.

### **C) Présentation de l'établissement**

Situé au 163, avenue Gambetta 75020 PARIS, l'EHPAD Repotel Gambetta est géré par l'association Repotel / Clinalliance située au 43 rue de Verdun 91700. Ouvert en 1999, l'EHPAD Repotel Gambetta dispose de 76 places hébergement permanent et 4 places en hébergement temporaire et ne comprend pas de places en accueil de jour.

Cet établissement n'est pas habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

Selon l'ERRD 2020, le [REDACTED]. 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 [REDACTED]. De ce fait, les données de l'EHPAD sont en dessous des chiffres régionaux susmentionnés.

Les 73 résidents accueillis en 2021 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD REPOTEL GAMBETTA 2021	[REDACTED]				
IDF <sup>1</sup>	18%	40%	18%	17%	7%

Le budget de fonctionnement de l'EHPAD Repotel Gambetta est de 1 364 726,95€ dont 59 126€ au titre du forfait global dépendance à la Charge de la Ville de Paris et de 1 308 600,95 € au titre du soin, à la charge de l'Agence Régionale de Santé.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour 2018-2022 signé entre Repotel, l'Agence Régionale de Santé Ile de France et le Département de Paris comprend notamment des objectifs suivants :

- Objectif n°1 : Communication entre les personnels ;
- Objectif n°2 : Mise en place des actions nécessaires à une meilleure répartition des missions ;
- Objectif n°3 : Montée en compétence des personnels et prévention de la maltraitance.

Dans le cadre de la mission de contrôle effectuée, nous nous sommes attachés prioritairement aux thématiques suivantes :

- Politique de recrutement ;
- Communication interne avec les résidents et les familles et modalités de traitement des signalements.

<sup>1</sup> ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD



De ce fait, nous analyserons de manière plus attentive les objectifs n°1, n°2 et n°3. Au regard des objectifs du CPOM et de l'examen de la fiche de suivi de contractualisation annexée à l'ERRD 2020, nous constatons que :

- L'objectif n°1 a été atteint en 2020 grâce à la mise en place, le 1<sup>er</sup> mai 2019, d'une modification des horaires de travail des IDE pour assurer des temps de transmission avec les AS de nuit. Ces nouveaux horaires sont mentionnés dans les plannings transmis (Cf. point 9). Aussi, une nouvelle feuille de traçabilité AS nuit/IDE aurait été mise en place.
- L'objectif n°2 a été partiellement atteint. En effet, le logiciel de transmissions [REDACTED] mis en place à la fin d'année 2018, ainsi que la mise à disposition de deux tablettes tactiles en décembre 2019, ont permis d'améliorer la qualité de la traçabilité déjà existante des actes des IDE.

Par ailleurs, l'objectif de recrutement d'un animateur diplômé permettant d'améliorer la qualité des animations proposées a bien été atteint. Le tableau récapitulatif et nominatif fournit dans le cadre de la mission de contrôle atteste bien de la présence de ce professionnel sur l'établissement.

Aussi, les indicateurs concernant l'adéquation entre la charge de travail en soins et dépendance et les effectifs présents ont été atteints depuis 2018.

Cependant, aucun élément n'est précisé quant à la réécriture des fiches de postes et la communication de celles-ci aux nouveaux salariés.

Enfin, il n'est pas indiqué que l'ASH affectée aux soins, non diplômée, a observé la formation prévue.

**Sur les plannings transmis dans le cadre de la mission de contrôle, certains personnels ASH / AMP apparaissent sur les plannings dédiés aux AS sans qu'aucune explication ne permette d'identifier le motif de leur présence sur le planning des soignants.**

**Remarque n°1 : Prévoir une distinction sur les plannings et un équipement en blouses permettant une identification rapide des différents professionnels et de leurs fonctions. A noter que les représentants des résidents, lors du CVS tenu le 6 décembre 2021, ont eu l'occasion de formuler une demande similaire visant à ce que chaque professionnel dispose d'un uniforme distinct.**

- L'objectif n°3 mentionne que plusieurs formations ont été proposées aux personnels sur les temps de travail. Cependant, ceci ne nous permet de savoir le nombre de professionnels ayant participés à ces formations.

Par ailleurs, l'ARS a lancé un appel à candidature le 16 octobre 2017, relatif à l'expérimentation continuité des soins en EHPAD. L'EHPAD Repotel Gambetta participe à l'expérimentation des IDE de nuit en lien avec [REDACTED] cabinet d'infirmiers libéraux. La convention conclue pour une durée d'un an renouvelable tacitement a pris effet à compter du 1<sup>er</sup> février 2018. Depuis 2022, et pour au moins 1 an, l'établissement poursuivra l'expérimentation en lien avec [REDACTED]

En outre, l'EHPAD Repotel Gambetta a participé activement au dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH) durant la période de crise covid. [REDACTED]

Nous attirons l'attention sur le fait que ces admissions ont été réalisées en l'absence de médecin coordonnateur sur l'établissement. En effet, depuis janvier 2019 des recherches sont effectuées pour recruter un médecin coordonnateur. [REDACTED] en juin 2021 un médecin coordonnateur a été recruté, mais a mis fin à sa période d'essai.

**Ecart n°1 : L'établissement devrait justifier de 0,5 ETP de médecin coordonnateur au regard de son autorisation. Il est relevé son absence depuis janvier 2019.**

**Ecart n°2 : L'établissement ne peut procéder à de nouvelles admissions (pérennes ou en hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation) en l'absence de médecin coordonnateur. Il convient donc de procéder au recrutement de médecin coordonnateur dans les meilleurs délais.**

**Ecart n°3 : Il découle de l'absence de médecin coordonnateur que la présidence de la commission de coordination gériatrique n'est pas assurée.**

**Remarque n°2 : L'établissement doit mettre en œuvre l'ensemble des DLU conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.**

## CONSTATS

Le rapport est établi au vu des documents présentés et/ou reçus par la mission de contrôle.

### Consignes de lecture :

La grille est renseignée de la façon suivante : O / C (Oui / Conforme), N / NC (Non / Non Conforme).

**Ecart** : toute non-conformité constatée par rapport à une référence juridique, identifié **E** dans le rapport ;

**Remarque** : tout dysfonctionnement ou manquement ne pouvant pas être caractérisé par rapport à une référence juridique, identifié **R** dans le rapport.

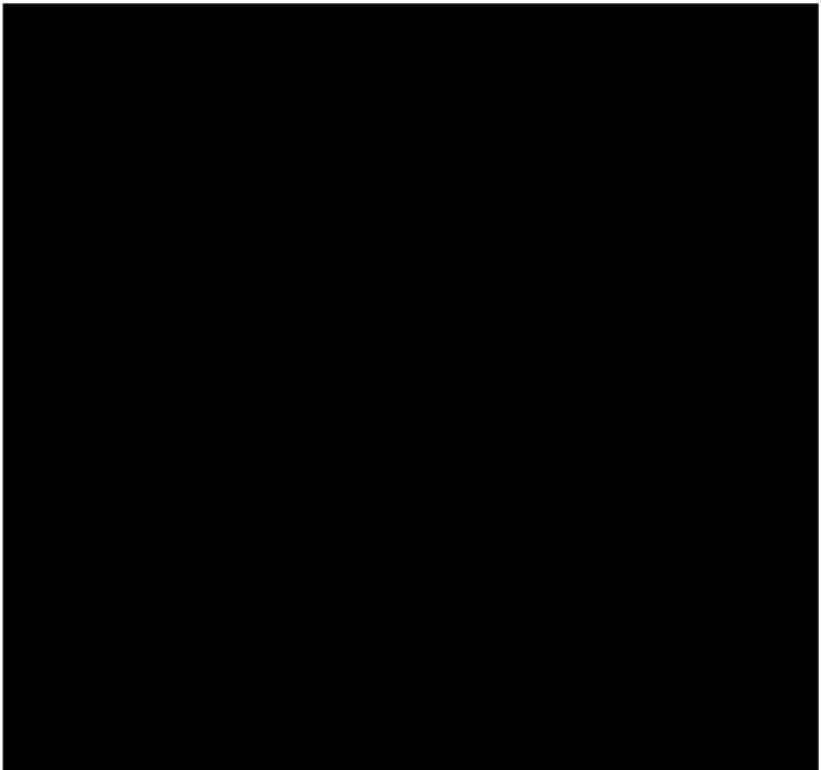
### Références réglementaires et autres références

CASF  
CSP  
RBPP HAS



## I – LA POLITIQUE DE RECRUTEMENT

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
<b>A. LE RECRUTEMENT ET L'ORGANISATION DE L'EQUIPE D'ENCADREMENT</b>					
- Directeur : Qualification, diplôme, fiche de poste et/ou lettre de mission, document unique de délégation de pouvoir (DUD) ?	O/C			<p>La directrice est diplômée d'un Master [REDACTED] [REDACTED] Elle a pris ses fonctions au sein de l'EHPAD Repotel Gambetta [REDACTED] [REDACTED]</p> <p>Le document unique de délégation rend compte du fait que la directrice est pleinement associée à la définition du projet d'établissement, en collaboration avec la Direction Générale et est responsable de sa mise en œuvre.</p> <p>Elle possède également délégation en matière de gestion et d'animation des ressources humaines (recrutement du personnel, formalités d'embauches sauf pour les cadres, gestion administrative des plannings réels, surveillance du travail et des sanctions, licenciement du personnel, respect du droit du travail).</p> <p>Concernant la gestion budgétaire, financière et comptable, la directrice est responsable de la gestion courante de l'établissement (commandes auprès des fournisseurs, gestion des stocks, contrôle de la qualité, contrôle des factures, contrôle du livre de caisse et de la caisse, facturation faite aux pensionnaires, traitement, vérification et acheminement vers la comptabilité des éléments comptables de la Résidence.</p> <p><b>Elle n'a cependant ni de délégation de pouvoir ni de signature en matière d'élaboration du budget, de gestion financière et de gestion comptable.</b></p>	<p>D. 312-176-5 à -9 du CASF (DUD et qualification <sup>2</sup>) L. 315-17 et D. 315-67 à 71 du CASF (EHPAD publics) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007</p>

<sup>2</sup> Cf. site internet : [http://www.synerpa.fr/extranet/maj/upload/document/document\\_90.pdf](http://www.synerpa.fr/extranet/maj/upload/document/document_90.pdf)

			R	<p>Enfin, la directrice a une délégation de signature pour les conventions de collaboration avec les institutions et intervenants extérieurs.</p> <p><b>Remarque n°3 : Le document unique de délégation doit prévoir une durée.</b></p>	
Conformité de l'équipe pluridisciplinaire aux catégories de personnel recensées par le CASF <sup>3</sup> ?		NC			D. 312-155-0, II du CASF

<sup>3</sup> D. 312-155-0, II du CASF : « Pour assurer leurs missions, outre son directeur et le personnel administratif, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur dans les conditions prévues aux articles D. 312-156 à D. 312-159-1, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs. »

			R		
-MEDEC : ETP conforme à la capacité de l'EHPAD ? Qualifications, diplôme, fiche de poste et/ou lettre de mission ?		NC		<p>L'établissement est à la recherche d'un médecin coordonnateur depuis janvier 2019.</p> <p> en juin 2021 un médecin coordonnateur a été recruté, mais a mis fin à sa période d'essai.</p>	<p>D. 312-156 (ETP), D. 312-157<sup>4</sup> et D. 312-159-1 du CASF HAS, 2012<sup>5</sup> HAS, « Plan personnalisé de</p>

<sup>4</sup> Article D. 312-157, CASF : « Le médecin coordonnateur doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue. »

<sup>5</sup> HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 4), l'accompagnement personnalisé de la santé du résident », 2011

				Des recherches sont en cours par le biais de plateformes de recrutement. L'établissement aurait également fait appel à un cabinet de recrutement spécialisé dans le secteur. Depuis juin 2021, deux promesses d'embauche ont été rédigées mais ont abouti à des désistements avant prise de poste.	coordination en santé », 2019
-IDEC : Qualifications, diplôme, fiche de poste et/ou lettre de mission ?	O/C			L'infirmière de coordination possède le diplôme d'Etat d'infirmier. [REDACTED]	D. 312-155-0, II du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019 HAS, 2011 <sup>6</sup> Articles R. 4311-118 et R. 4311-319 du CSP

<sup>6</sup> HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 4), l'accompagnement personnalisé de la santé du résident », 2011

<p>Copie des registres des délégués du personnel  <i>A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS : ces registres sont-ils remplis, actualisés ? (formalisation du dialogue social à l'échelle de l'établissement)</i></p>	O/C		<p>Nous avons bien réceptionné les copies de registres des délégués du personnel <b>de janvier 2019 à février 2022</b>.</p> <p>Les registres sont remplis et actualisés chaque mois (fiche de présence précisant la date et le temps passé par séance, feuille d'émargement et compte-rendu des réponses aux questions soulevées). Quelques séances n'ont pas été maintenues en raison de l'absence des membres convoqués. Il est mentionné que dans ce cas de figure, la secrétaire a l'obligation de signer un « PV de carence ».</p>	<p>Pour information car hors champ ARS : Article L. 2315-22, code du travail</p>
--	-----	--	---	--

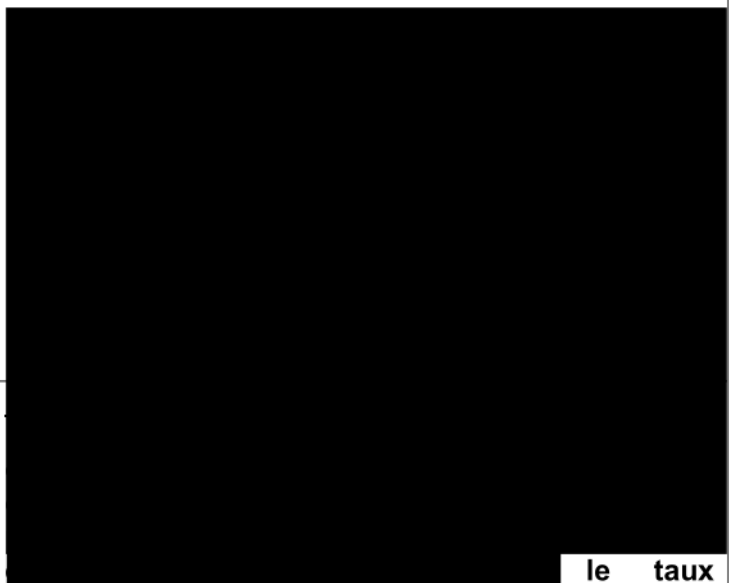


B. LES PROFESSIONNELS INTERVENANT AUPRES DES RESIDENTS					
-Conformité de l'équipe pluridisciplinaire (fonctions exercées) en janvier et février 2022 avec les catégories de personnel recensées au CASF ? -Ancienneté à date ( <i>part des agents ayant +/- 5 ans</i> ) ? -Part des postes occupés par des agents en CDI, en CDD, en intérim ? -Effectif et fonctions des équipes de nuit ?					D. 312-155-0, II du CASF <sup>7</sup>

<sup>7</sup> Article D. 312-155-0, II du CASF : « Pour assurer leurs missions, outre son directeur et le personnel administratif, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur dans les conditions prévues aux articles D. 312-156 à D. 312-159-1, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs. »

				 <p>En effet, à la date du 21 février 2022, pour 75 résidents présents il y avait la présence de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La directrice ;</li> <li>- La secrétaire de direction ;</li> <li>- L'IDEC ;</li> <li>- La psychologue ;</li> <li>- L'animateur ;</li> <li>- En cuisines : 2 ASH et la cuisinière ;</li> <li>- En équipe hôtelière : 5 ASH (dont 1 en CDD) ;</li> <li>- Sur l'équipe d'infirmiers et paramédical : <b><u>aucun infirmier</u></b>. Présence de l'ergothérapeute ;</li> <li>- Sur l'équipe de nuit 1 AS de nuit et 1 AMP de nuit ;</li> </ul>	
--	--	--	--	---	--

			E	<p>- Sur l'équipe de soignants de jour : 5 AS de jour. Parmi ces 5 AS, 3 en CDI et 2 en CDD. <b><u>1 ASH présente sur ce planning de soignants.</u></b></p> <p><b><u>Ecart n°4</u> : L'absence de médecin coordonnateur et d'infirmier révèle un écart préoccupant. Il incombe au gestionnaire d'organiser les plannings de manière à organiser tant la continuité des soins que l'administration des médicaments aux résidents et d'encadrer très précisément les délégations de tâches afin d'éviter tout glissement de tâches.</b></p>	
Des contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD sont-ils formalisés?		NC	R	<p>Deux contrats / conventions avec des professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD sont formalisés. Un premier contrat est établi le 1<sup>er</sup> mars 2011 avec le médecin libéral intervenant dans l'EHPAD.</p> <p><b><u>Remarque n°5</u> : L'établissement doit pouvoir actualiser les conventions avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD. En effet, celles-ci datent respectivement de 2011 et 2012, ont été conclues par l'ancien directeur et ne prévoient pas les modalités de reconduction.</b></p> <p>Une seconde convention est établie le 20 décembre 2012 avec le masseur-kinésithérapeute libéral intervenant dans l'EHPAD.</p>	L. 314-12, CASF (arrêté du 30/12/2010)

c. CONSEQUENCES SUR L'ORGANISATION DU TRAVAIL					
Ratios d'encadrement <sup>8</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre d'AS présents le 1<sup>er</sup>/02/2022 / nombre de résidents présents ?</li> <li>- nb d'IDE présents le 1<sup>er</sup>/02/2022 /nb de résident présents ?</li> </ul> nb d'ASH présents le 1 <sup>er</sup> /02/2022 / nb de résidents présents ?		NC	E	 <p>le taux d'encadrement de l'établissement n'est pas conforme aux attendus, mettant en cause la qualité de la prise en charge des résidents.</p>	Y-a-t-il adéquation des qualifications aux fonctions occupées par les personnels en poste le jour J ? L.311-3 et L312-1, II, 4 <sup>ème</sup> alinéa, CASF et HAS <sup>9</sup>
Les fiches de tâches heurées des AS/ASG/AES de jour ?	O/C			Une fiche relative à l'organisation quotidienne des professionnels AS de jour 08h00-20h est bien établie en rappelant la procédure à respecter en début et fin de service et en précisant le déroulé précis des tâches	L. 311-3 <sup>10</sup> (sécurité des personnes) et L312-1, II, 4 <sup>ème</sup> alinéa du CASF et HAS <sup>11</sup>

<sup>8</sup> Référence : cibles indicatives en EHPAD définies par l'ARSIF dans le cadre de l'instruction des EPRD et des ERRD 2021

<sup>9</sup> HAS, ex-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2008

<sup>10</sup> Article L. 311-3, CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; (...) ».

<sup>11</sup> HAS, ex-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2008


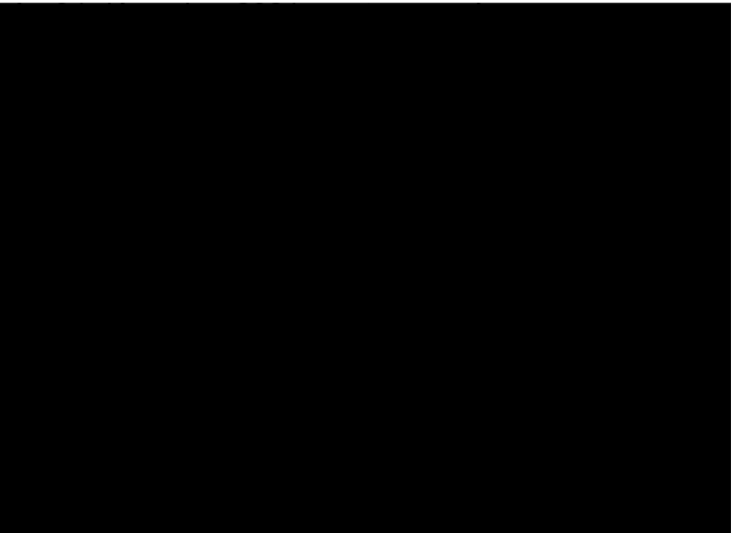
			<p>et missions à effectuer auprès des résidents. Les deux services de pause déjeuner sont bien inscrits. Durant la matinée, il est prévu un temps dédié aux transmissions entre équipe : IDEC / IDE / AS.</p> <p>La fiche de tâches rappelle la nécessité de participer à la démarche de soins par le biais des transmissions écrites et orales à l'arrivée et le soir avec les équipes concernées. Aussi, il est rappelé que les transmissions doivent être faites en temps réel sur [REDACTED]</p>	
		R	<p><b>Remarque n°6 : Il convient de revoir la fiche de tâches heurées pour les AS de nuit afin de décrire plus précisément les missions.</b></p> <p><b>Remarque n°7 : Il revient au gestionnaire le soin d'organiser un rappel sur le remplacement périodique des protections et d'organiser le cas échéant des contrôles qualité.</b></p>	
Les fiches de tâches heurées des ASH ?	O/ C		<p>Sous le même modèle que la fiche de tâches heurées des AS de jour, une fiche relative à l'organisation quotidienne des professionnels ASH 8h-19h30 est bien établie.</p> <p>Il y est notamment rappelé la procédure à respecter pour l'arrivée et les sorties ainsi que le déroulé précis des tâches et missions à effectuer au sein des locaux. Le créneau de pause déjeuner est bien inscrit.</p> <p>La fiche de tâches heurée indique également que les activités des ASH doivent être tracées dans un classeur disponible à l'accueil.</p>	L. 311-3 (sécurité des personnes) et L312-1, II, 4 <sup>ème</sup> alinéa du CASF et HAS <sup>12</sup>

<sup>12</sup> HAS, ex-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2008

<p>Plannings des équipes de soins jour/nuit (y-c les temps de transmission): novembre, décembre 2021 et janvier, février 2022</p> <p><i>A L'EXAMEN DES DOCUMENTS TRANSMIS : La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels ? Roulement entre les différentes unités de vie ? Modalités de gestion des plannings des équipes soignantes ? Des équipes hôtelières ? Temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit prévus ?</i></p>				<p>Les équipes de nuit prennent leur poste à 20h00 et le quittent à 08h00. Quant aux équipes de jour, elles débutent leur journée à 8h00 et quittent leur poste à 20h00.</p> <p><b>Remarque n°8 : Il convient que le gestionnaire mentionne dans les plannings l'affectation de chacun des professionnels par étage.</b></p> <p>Au niveau des modalités de gestion des plannings, il existe un planning dédié pour chaque équipe : AS, ASH, IDE, équipes de nuit. Les plannings mentionnent les personnes absentes en précisant par code couleur la raison de l'absence (congé parental, congé maternité, arrêt maladie, accident de travail, congés payés, formation et HS)</p>	
--	--	--	--	--	--

## II – LA COMMUNICATION INTERNE AVEC LES RESIDENTS ET LES FAMILLES ET LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE ET DE TRAITEMENT DE LEURS DEMANDE

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / N C	E / R	Commentaires	Réf.
<b>A. LE PROFIL DES RESIDENTS ACCUEILLIS</b>					
Nb de résidents accueillis à date ? Taux de présence le jour J (nb PA accueillies/nb places installées) ?	O/ C			A la date du 21 février 2022, <u>75 résidents</u> sont accueillis sur l'EHPAD Repotel Gambetta. Pour rappel, l'établissement dispose d'une autorisation de 76 places d'hébergement permanent et 4 places en hébergement temporaire, soit 80 places au total.	
-Taux d'occupation par étage et/ou unité ?  -Taux d'occupation global (évolution mensuelle et à date) ?	O/ C			<p>A la date du 21 février 2022, <u>75 résidents</u> sont accueillis sur l'EHPAD Repotel Gambetta.</p> <p>Sur les différents étages de l'établissement, les places sont réparties comme tel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au RDC 10 lits ;</li> <li>- Au 1<sup>er</sup> étage 23 lits ;</li> <li>- 2<sup>ème</sup> étage 23 lits ;</li> <li>- 3<sup>ème</sup> étage 24 lits.</li> </ul> <p>Au regard des documents transmis relatifs aux taux d'occupation, et dans un contexte de crise covid, le taux d'occupation global sur l'ensemble de l'année 2021 et sur le début d'année 2022 est considéré comme étant stable et proche du taux fixé par le ROB à 95%. Nous constatons une baisse du taux d'occupation global à partir de septembre 2021, mais depuis la fin d'année 2021, ce taux d'occupation global est en hausse.</p>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / N C	E/ R	Commentaires	Réf.
					
Evaluation de la dépendance des résidents à date ?					Articles R. 332-18 <sup>13</sup> et D. 312-158, 4° du CASF <sup>14</sup>

<sup>13</sup> Article R. 232-18, CASF : « Le niveau de perte d'autonomie des résidents est déterminé dans chaque établissement sous la responsabilité du médecin coordonnateur dans les conditions prévues aux articles R. 314-170 à R. 314-170-7 ou, à défaut, sous la responsabilité d'un médecin conventionné au titre de l'assurance maladie. »

<sup>14</sup> Article D. 312-158, CASF : « Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante (...) 4° Évalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 (...) ».



B. LA COMMUNICATION AVEC LES RESIDENTS ET LEUR FAMILLE ET LE TRAITEMENT DE LEURS RECLAMATIONS				
<p>-Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents ou des familles 2020 à aujourd'hui ?</p> <p>-Procédure de traitements des réclamations portées par les patients et familles ?</p> <p><i>A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS : Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des satisfactions, réclamations et plaintes des résidents ? Des réponses aux familles (écrites ou autres modalités) sont-elles faites lors de sollicitations écrites émises par les familles ? (ex. Cahier de doléance, mail spécifique, formulaire internet, rencontre avec une personne en particulier ou « référent »)</i></p>	O/ C		<p>Une procédure de traitement des réclamations portées par les résidents et familles est bien établie. La procédure rappelle l'objet de la procédure et son domaine d'application. Elle mentionne également les responsabilités du directeur d'établissement, de l'IDEC et MEDEC et de l'ensemble des personnels en précisant le rôle de chacun dans le recueil et dans le traitement de ces réclamations. Le document reprend également des éléments de définitions, rappelle le circuit de traitement, de traçabilité et de suivi des plaintes et réclamations.</p> <p>Il est notamment précisé que l'ensemble des réclamations font l'objet d'un enregistrement sur « la fiche de plaintes et réclamation sur [REDACTED] par la direction. Ces fiches sont d'ailleurs consultables par la direction de l'établissement, le service qualité et la direction générale. La procédure prévoit que le suivi du traitement des réclamations fasse l'objet d'une information auprès des CVS a minima une fois par an. Un logigramme reprenant le circuit de traitement des réclamations et doléances est inséré dans le document procédural.</p> <p>Un tableau récapitulant les réclamations et doléances des résidents ou des familles a bien été transmis. Nous comptabilisons [REDACTED] réclamations faites par les familles depuis le 12 janvier 2020 jusqu'au 12 février 2022. Aucune doléance de la part des résidents n'est recensée. Le document en question reprend notamment les informations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Date de réception de la plante / réclamation par la direction » ;</li> <li>- « Nom du plaignant » ;</li> <li>- « Type de plante / réclamation » ;</li> <li>- « Motif(s) de plainte / réclamation » ;</li> </ul>	L. 1110-4, CSP

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- « La plainte est-elle assortie d'une demande indemnitaire ? » ;</li> <li>- « Date de réponse au plaignant / demandeur » ;</li> <li>- « Réponse apportée » ;</li> <li>- « Suites du litige ».</li> </ul> <p>A l'examen de ce document, le délai de réponse accordée aux familles est [REDACTED] correct. En fonction de la réclamation, il peut être proposé un rendez-vous avec le demandeur, ou alors un retour par mail est effectué. Nous constatons cependant qu'il n'existe pas de mention de satisfaction à la réponse apportée par l'établissement.</p> <p>[REDACTED]</p>	
		R	<p><b>Remarque n°9 : Le gestionnaire doit revoir la procédure de traitement des réclamations et les outils de la loi de 2002 pour permettre une information des résidents et de leurs représentants légaux quant à la possibilité de saisir les autorités de tarification et de contrôle.</b></p>	
Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ?	O/ C		<p>La composition du CVS est conforme. En effet, ont été élus deux représentantes des résidents, deux représentants des familles (une personne titulaire et une personne suppléante) puis une représentante du personnel.</p>	D. 311-3 à 32-1, CASF
		E	<p><b>Ecart n°6 : L'élection du 21 octobre 2021 ne précise pas la personne élue en tant que président du CVS.</b></p>	
Compte-rendu des 2 derniers CVS et dates des commissions pour 2019, 2020 et 2021 (2020 étant une année particulière liée à l'épidémie de COVID, nous ajoutons 2019) ?			<p>Nous avons réceptionné dans le cadre de la mission de contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 compte rendu pour une séance de CVS tenue le 25 février 2019,</li> </ul>	D. 311-3 à 32-1, CASF

<p><i>A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS : appréciation sur la fréquence des CVS, la qualité des échanges, le respect par la direction d'aviser le CVS des dysfonctionnements ou EI graves, formalisme respecté (OJ préalable et CR) ?</i></p>			<p>- 1 compte rendu pour une séance de CVS tenue le 31 janvier 2020, - 1 compte rendu pour une séance tenue le 6 décembre 2021.</p> <p>Nous n'avons pas les dates précises de l'ensemble des commissions tenues en 2019, 2020 et 2021, ce qui ne nous permet pas d'apprécier la fréquence des CVS.</p> <p>Les documents transmis permettent de confirmer que le formalisme des CVS est respecté. En effet les comptes rendus établis indiquent les personnes présentes, l'ordre du jour, et les questions diverses avec les réponses apportées par la direction.</p> <p>E <b><u>Ecart n°7</u> : Le CVS n'est pas réuni conformément aux dispositions de l'article D311-16 du CASF.</b> <b><u>Ecart n°8</u> : Les comptes rendus de CVS ne font pas état de la présentation d'un bilan relatif aux évènements indésirables conformément à l'article R331-10 du CASF.</b></p>	<p>R. 331-10, CASF (dysfonctionnement s graves et EIG)</p>
--	--	--	---	--

C. LA GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET DYSFONCTIONNEMENTS GRAVES					
Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/ R	Commentaires	Réf.
Existence d'une démarche d'évaluation externe  <i>A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS, l'évaluation externe est-elle toujours valable (tous les 5 ans) ? Existence d'un plan d'action suite aux évaluations, quel degré d'avancement du plan ?</i>		N	E	La dernière évaluation externe remonte au 14 /15 mai 2014. Elle n'est donc plus valable à ce jour.  <b>Ecart n°9 : L'établissement doit respecter le calendrier de réalisation des évaluations internes et externes et transmettre un rapport annuel d'activité dans lequel : "les actions engagées dans le cadre de la démarche continue de la qualité mentionnée à l'article L312-8 du CASF sont mentionnées".</b>	L312-8, D312-203 <sup>15</sup> à -205 du CASF
Protocole de signalement des événements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives		N C	E	Nous avons bien réceptionné les documents relatifs à la procédure de signalement et gestion des événements indésirables. Le document a fait l'objet d'une récente révision le 4 janvier 2022 concernant l'intégration du signalement dématérialisé sur le logiciel [REDACTED] en détaillant précisément le processus.  <b>Ecart n°10 : (cf. paragraphe infra) : Il revient au gestionnaire de déclarer auprès des autorités de tarification et de contrôle les événements indésirables tel que prévu par la réglementation. En conséquence, il revient au gestionnaire de revoir la procédure de déclaration.</b>	Article L331-8-1 CASF, article R331-8 & 9 CASF, Arrêté du 28/12/2016 <sup>16</sup> Articles R. 1413-59 et R. 1413-79 du CSP

<sup>15</sup> Article D. 312-204, CASF : « Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité mentionnée à l'article L. 312-8 sont mentionnés dans le rapport annuel d'activité des établissements et services concernés. »

Article D. 312-204, CASF : « En application du premier alinéa de l'article L. 312-8, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 transmettent tous les cinq ans les résultats des évaluations de la qualité des prestations qu'ils délivrent (...) ».

<sup>16</sup> Arrêté du 28/12/2016<sup>16</sup> relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.

C. LA GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET DYSFONCTIONNEMENTS GRAVES					
Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
<p>Registre ou liste des fiches d'événements indésirables et dysfonctionnements enregistrés/pris en compte en interne et de leur traitement 2021 ?</p> <p>Récapitulatif des événements indésirables et dysfonctionnements graves déclarés 2021 en précisant : date, motifs, analyse et actions réalisées au décours ?</p> <p><i>A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS, la date, les motifs, l'analyse et les actions réalisées à la suite des EI sont-ils tracés ? Les incidents et accidents donnent-ils lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition ?</i></p>			E	<p>Un registre des événements indésirables et des dysfonctionnements enregistrés en interne a bien été transmis.</p> <p>Ce document relève qu'en 2021, il y a eu 70 événements indésirables.</p> <p>Sur le début d'année 2022, il y a eu 11 événements indésirables.</p> <p>A l'examen des documents reçus, la date, les motifs, l'analyse et les actions menées à la suite des événements indésirables sont bien retracés.</p> <p><b><u>Cependant, sur les 70 événements indésirables / dysfonctionnements, seulement 2 ont fait l'objet d'une saisine des autorités de contrôles. Parmi des événements indésirables / dysfonctionnements, certains ont impactés la prise en charge des résidents (incidents sur le circuit du médicament, défaut / erreur de soins, disparition des protections, défaillance liée à la prestation hôtelière, défaut de transmission.)</u></b></p> <p>Le récapitulatif des événements indésirables et dysfonctionnements graves a bien été transmis. Il y a eu 2 EIG déclarés en 2021.</p> <p><b><u>L'ARS a bien été destinataire des 2 EIG survenus en 2021. Cependant, La Ville de Paris n'a recensé qu'un EIG survenu le 29 décembre 2021, n'apparaissant pas dans le récapitulatif des EIG fournis par l'établissement</u></b></p>	<p>Article L331-8-1 CASF, article R331-8 &amp; 9 CASF, Arrêté du 28/12/2016<sup>17</sup></p> <p>Articles R. 1413-59 et R. 1413-79 du CSP</p>

<sup>17</sup> Arrêté du 28/12/2016<sup>17</sup> relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.



## CONCLUSION

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD Repotel Gambetta, géré par le groupe Repotel / Clinalliance a été réalisé à partir des documents transmis les 22 et 23 février 2022.

La mission de contrôle a constaté le non-respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relevant de dysfonctionnements importants en matière:

- **De gestion des ressources humaines :**

➤ **Ecart constatés :**

Statut	Description	Réf.
Ecart	1 L'établissement devrait justifier de 0,5 ETP de médecin coordonnateur au regard de son autorisation. Il est relevé son absence depuis janvier 2019.	Art. D312-156 du CASF
Ecart	2 L'établissement ne peut procéder à de nouvelles admissions (pérennes ou en hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation) en l'absence de médecin coordonnateur. Il convient donc de procéder au recrutement de médecin coordonnateur dans les meilleurs délais.	Art. D312-156 du CASF
Ecart	3 Il découle de l'absence de médecin coordonnateur que la présidence de la commission de coordination gériatrique n'est pas assurée.	Art.D312-158 du CASF
Ecart	4 Il incombe au gestionnaire d'organiser les plannings de manière à organiser tant la continuité des soins que l'administration des médicaments aux résidents et d'encadrer très précisément les délégations de tâches afin d'éviter tout glissement de tâches.	Art. R311-5 et suivants du CSP
Ecart	5 [REDACTED]	Art. L311-3 du CASF

➤ **Remarques formulées :**

Statut	Description
Remarque	1 Prévoir une distinction sur les plannings et un équipement en blouses permettant une identification rapide des différents professionnels et de leurs fonctions.
Remarque	2 L'établissement doit mettre en œuvre l'ensemble des DLU conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.
Remarque	3 Le document unique de délégation doit prévoir une durée.
Remarque	4 Le gestionnaire doit assurer l'effectivité du temps de psychomotricien conformément au projet de soins. Dans l'attente du recrutement, il lui revient le soin de conventionner avec un ou des professionnels libéraux afin de répondre aux besoins des résidents.
Remarque	5 L'établissement doit pouvoir actualiser les conventions avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD.
Remarque	6 Il convient de revoir la fiche de tâches horaires pour les AS de nuit afin de décrire plus précisément les missions.
Remarque	7 Il revient au gestionnaire le soin d'organiser un rappel sur le remplacement périodique des protections et d'organiser le cas échéant des contrôles qualité.
Remarque	8 Il convient que le gestionnaire prévoit mentionne dans les plannings l'affectation de chacun des professionnels par étage.

- **De communication interne avec les résidents et les familles et modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes :**


➤ **Ecart constatés :**

Statut	Description	Réf.
Ecart	6 L'élection du 21 octobre 2021 ne précise pas la personne élue en tant que président du CVS.	Art. D. 311-9 du CASF
Ecart	7 Le CVS n'est pas réuni conformément aux dispositions de l'art D311-16 du CASF.	Art.D311-16 du CASF
Ecart	8 Les comptes rendus de CVS ne font pas état de la présentation d'un bilan relatif aux événements indésirables conformément à l'article R331-10 du CASF.	Art. R331-10 du CASF
Ecart	9 L'établissement doit respecter le calendrier de réalisation des évaluations internes et externes et transmettre un rapport annuel d'activité dans lequel : "les actions engagées dans le cadre de la démarche continue de la qualité mentionnée à l'article L312-8 du CASF sont mentionnées".	Art. L312-8 du CASF
Ecart	10 Il revient au gestionnaire de déclarer auprès des autorités de tarification et de contrôle les événements indésirables tel que prévu par la réglementation. En conséquence, il revient au gestionnaire de revoir la procédure de déclaration.	Art. L331-8-1 CASF

➤ **Remarque formulée :**

Statut	Description
Remarque	9 Le gestionnaire doit revoir la procédure de traitement des réclamations et les outils de la loi de 2002 pour permettre une information des résidents et de leurs représentants légaux quant à la possibilité de saisir les autorités de tarification et de contrôle.

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

Monsieur Nicolas DEMENET, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, Délégation Départementale de Paris, Agence Régionale de Santé d'Ile de France	Saint-Denis, le 03/03/2022
Madame Christine LAURENT, responsable de la cellule inspection, bureau des actions en direction des personnes âgées, sous-direction de l'Autonomie, Ville de Paris	

## GLOSSAIRE

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



## ANNEXES

### Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Délégation Départementale de Paris  
Sous-direction de l'Autonomie  
Direction de l'action sociale, de l'enfance et  
de la santé  
Ville de Paris

[REDACTED]  
Directeur  
EHPAD Repotel Gambetta  
161 0 163 avenue Gambetta  
75020 Paris

Affaire suivie par : Laure Le Coat  
[REDACTED]

Saint-Denis, le 18/02/2022

Objet : Inspection sur pièces dans le cadre du  
programme d'inspection.

Monsieur le Directeur,

La parution du livre « *Les Fossoyeurs - Révélations sur le système qui maltraite nos aînés* » a conduit la Ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, à engager la mise en œuvre rapide d'un programme d'inspection des EHPAD sur l'ensemble du territoire national.

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

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

Votre établissement « EHPAD « Repotel Gambetta », N°FINESSgéo 750003972, géré par le Groupe Repotel » a été inscrit dans le cadre de ce programme au titre d'un contrôle sur pièces, qui débutera à compter du 18 Février 2022.

Mes équipes s'attacheront prioritairement lors du contrôle aux thématiques suivantes :

- Politique de recrutement
- communication interne avec les résidents et les familles et modalités de traitement des signalements

Concernant les thématiques « organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante » et « dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance », l'ARS se réserve le droit d'étendre la mission sur ces dernières si nécessaire.

La mission diligentée dans le cadre des dispositions prévues par les articles L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants, ainsi que L. 1421-1 et L. 1435-7 du Code de la santé publique,

- sera réalisée par :
  - o Nicolas Demenet, Inspecteur de l'action sanitaire et social, Délégation Départementale de Paris, Agence Régionale de Santé d'Île de France
  - o Madame Christine Laurent, responsable de la cellule inspection, bureau des actions en direction des personnes âgées, sous-direction de l'Autonomie, Ville de Paris
- qui seront accompagnés par :
  - o Mélissa Carretero, désigné-e personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP.

Vous trouverez en annexe de ce courrier la liste des documents que je vous demande de transmettre au plus tard le mardi 15 février 2022 :

- par courriel à l'adresse [REDACTED]

- et à l'adresse suivante :

Agence régionale de santé – Délégation Départementale de Paris  
Pôle Autonomie  
13 rue du Landy  
93200 Saint-Denis

Après réception de ces documents, leur analyse par mes services donnera lieu à l'établissement d'un rapport.

Concernant les suites du contrôle, vous serez destinataire d'un courrier de propositions de décisions (recommandations, prescriptions ou injonctions) visant à améliorer la prise en compte de ces thématiques, auquel le rapport sera joint. Ce courrier fera l'objet d'une procédure contradictoire en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du Code des relations entre le public et l'administration. Les décisions définitives vous seront notifiées à l'issue de la procédure contradictoire.

Mes services se tiennent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Monsieur Le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

P/ La Directrice générale de  
l'Agence régionale de santé  
d'Île-de-France  
Le directeur départemental de Paris

[REDACTED]

Tanguy BODIN

P/la Maire de Paris et par délégation,  
La Sous-directrice de l'Autonomie

[REDACTED]

Gaëlle Turan-Pelletier

## Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis

<b>N°</b>	<b>Document</b>	<b>A transmettre</b>
1	Organigramme détaillé de l'établissement	x
2	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC	x
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	x
4	Liste non nominative des patients actuellement pris en charge, avec : date de naissance, sexe, provenance (domicile, autres établissements), codes postaux du domicile d'origine et n°chambre/unité/étage	x
5	Taux d'occupation par étage et/ou unité, et global (évolution mensuelle 2021 et point à date)	x
6	Actualisation des données GIR en 2021 (par étage et/ou unité)	x
7	Tableau récapitulatif et nominatif des personnels avec : dates des recrutements, nature des contrats de travail (CDI, CDD et intérim), fonctions exercées, ETP et différenciation entre équipe de jour et équipe de nuit (format excel non pdf) (mois de janvier et février 2022)	x
8	Ratios d'encadrement <sup>18</sup> : nombre d'AS présents le 1 <sup>er</sup> /02/2022 / nombre de résidents présents ; nb d'IDE présents le 1 <sup>er</sup> /02/2022 /nb de résident présents ; nb d'ASH présents le 1 <sup>er</sup> /02/2022 / nb de résidents présents.	x
9	Contrats de travail et diplômes des personnels présents les 21 et 22 février Nombre de contrats de travail sur la période 2019-2021. Nombre de contrats de remplacements	x
10	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC ainsi que contrats de travail	x
11	Les fiches de tâches heurées des AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) de jour et de nuit	x
12	Les fiches de tâches heurées des ASH	x
13	Plannings des équipes de soins jour/nuit (y-c les temps de transmission): novembre, décembre 2021 et janvier, février 2022	x
14	Copie des registres des délégués du personnel	x
15	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	x
16	Registre ou liste des fiches d'événements indésirables et dysfonctionnements enregistrés/pris en compte en interne et de leur traitement 2021+ tableau joint complété	x
17	Le récapitulatif des événements indésirables et dysfonctionnements graves déclarés 2021 en précisant : date,	x

<sup>18</sup> Référence : cibles indicatives en EHPAD définies par l'ARSIF dans le cadre de l'instruction des EPRD et des ERRD 2021



	<i>motifs, analyse et actions réalisées au décours , plaintes reçues, événements non graves.</i>	
18	<i>Protocole de signalement des événements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)</i>	x
19	<i>Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents ou des familles 2020 à aujourd'hui</i>	x
20	<i>Procédure de traitements des réclamations portées par les patients et familles</i>	x
21	<i>Composition de la CVS, Commission de la vie sociale</i>	x
22	<i>Compte-rendu des 2 derniers CVS et dates des commissions pour 2019, 2020 et 2021 (2020 étant une année particulière liée à l'épidémie de COVID, nous ajoutons 2019).</i>	x
23	<i>Les résultats de la dernière évaluation externe de l'EHPAD</i>	x