

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
« Résidence Hérold »
60-74 rue du général Brunet 75019 PARIS
N° FINESS 750021479**

**RAPPORT DE CONTRÔLE
N° 2023_IDF_00253
Contrôle sur pièces du 6/10/2023**

Mission conduite par

- Madame Christel ROUGY, coordinatrice de la mission d'inspection, ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile de France
- Monsieur Frédéric MUSSO, responsable de la Mission Inspection des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, Directions des solidarités, désigné sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris
- Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure du génie sanitaire, responsable du Pôle santé environnement
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Contexte de la mission de contrôle.....	6
Modalités de mise en œuvre	6
Présentation de l'établissement.....	7
Constats.....	9
Gouvernance	10
Conformité aux conditions de l'autorisation	10
Management et Stratégie.....	10
Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS)	14
Gestion de la qualité.....	16
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	18
Fonctions support.....	20
Gestion des ressources humaines	20
Prise en charge	30
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	30
Respect des droits des personnes	32
Soins.....	33
Coordination avec les autres secteurs.....	34
Conclusion	41
Glossaire.....	43
Annexes	44
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	44
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	46

Synthèse

<u>Données générales sur l'établissement</u>			
Nom	Résidence Hérold	Capacité hébergement permanent	100
Adresse	60-74 rue du général Brunet	Places habilités aide sociale	100
Arrondissement	75019	Présence d'une UVP	Oui
Gestionnaire	Centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP)	Places en UHR	0
Statut juridique	Public	Places en PASA	0
L'établissement a signé une convention tripartite le 4 mai 2007			
<u>Éléments déclencheurs de la mission</u>			
Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC). 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.			
<u>Méthodologie suivie et difficultés rencontrées</u>			
Le contrôle a été réalisé le 7 avril 2023 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé à la même date. La délégation départementale de l'ARS et le conseil départemental ont été informés du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision. L'analyse a porté sur les constats faits uniquement sur pièces. La quasi-totalité des documents demandés a été transmise par la Direction de l'établissement et dans les délais impartis. Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et les principaux points forts et remarques ont porté sur les thématiques suivantes :			
<u>Points forts de l'établissement relevés par la mission</u>			
Gouvernance : • Un taux d'occupation au-dessus des 95%. Prise en charge : • Tous les résidents disposent d'un médecin traitant. • Une commission de coordination gériatrique en place dans l'établissement. • Des procédures relatives au circuit du médicament, contentions et douleur complètes.			
<u>Principaux écarts et remarques constatés par la mission</u>			
Gouvernance : • La composition du CVS telle que mentionnée dans le premier compte rendu du CVS après les élections n'est pas conforme • Il n'est pas présenté au CVS de bilan des EI, EIG et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD, ni des mesures correctrices mises en place • L'établissement n'a pas mis en œuvre une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance afin d'assurer une qualité de la prise en charge des résidents • La procédure de signalement d'un événement indésirable, d'un événement indésirable grave ou d'une plainte ne propose pas une définition précise de l'événement indésirable ni de l'événement indésirable grave. Fonctions support : • L'absentéisme au sein de l'établissement est très élevé et fragilise à la fois l'équipe et la prise en charge des résidents. • Il n'y a pas de formation au repérage de la maltraitance, ni de formation diplômante.			

- Les AS et ASO exercent les mêmes missions alors que ces personnels ne disposent pas des mêmes qualifications, ce qui constitue un glissement de tâches

Prise en charge :

- L'évaluation multidimensionnelle n'est pas réalisée systématiquement lors de l'admission d'un nouveau résident.
- Plus de deux tiers des résidents ne disposent pas d'un PAI à jour.
- Les données fournies par l'établissement ne permettent pas de savoir s'il est organisé un suivi mensuel des pesées pour chaque résident, élément indispensable à la prévention de la dénutrition.
- Le document « conduite à tenir face à une douleur » n'indique pas que chaque résident doit bénéficier d'au moins une évaluation douleur par an.

Contexte de la mission de contrôle

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

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

Les informations connues par l'ARS et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD «Résidence Hérold», situé au 60-74 rue du général Brunet 75019 PARIS, FINESS n°750021479, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

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

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines (RH)

PRISE EN CHARGE

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

Ainsi que les risques environnementaux au sein de la structure

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 6 octobre 2023 avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 6 octobre 2023. Un e-mail a été transmis à la direction le 6 octobre 2023 auquel étaient joints :

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

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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 60-74 rue du général Brunet, l'EHPAD « Résidence Hérold » est géré par le Centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP) dont le siège social se situe au 5 boulevard Diderot dans le 12^{ème} arrondissement de Paris.

La résidence Hérold a été autorisée par l'arrêté conjoint de l'ARS et de la Ville de Paris n° 2005-108-4 du 18 avril 2005 pour l'accueil de 100 personnes âgées dépendantes, toutes en hébergement permanent.

Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS du 9 janvier 2015, le GMP s'élève à 785 et le PMP à 236. Les chiffres de la structure sont donc au-dessus des moyennes nationales¹.

Les 99 résidents accueillis au jour du contrôle étaient répartis plus précisément comme suit :

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

Le budget de fonctionnement est de 2 453 743 € en 2023.

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

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

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Résidence Hérold		
Nom de l'organisme gestionnaire	CASVP		
Numéro FINESS géographique	75 002 147 9		
Statut juridique	Public		
Option tarifaire	Global		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Oui		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ³	100	100
	HT ⁴	0	0
	UVP ⁵	51	51
	PASA ⁶	0	0
	UHR ⁷	0	0
	UPHV ⁸	0	0
	AJ ⁹	0	0
	AN ¹⁰	0	0
	PFR ¹¹	0	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	100		

³ Hébergement permanent

⁴ Hébergement temporaire

⁵ Unité de vie protégé / unité protégé

⁶ Pôle d'activité et de soins adaptés

⁷ Unité d'hébergement renforcée

⁸ Unité pour personnes âgées vieillissantes

⁹ Accueil de jour

¹⁰ Accueil de nuit

¹¹ Plateformes d'accompagnement et de répit

Constats

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

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation Au 6 octobre 2023, l'établissement comptait 99 résidents pour une autorisation de 100 places en hébergement permanent. Le taux de présence s'élevait donc à 99%. Le taux est donc supérieur à 95% ce qui est conforme à la réglementation.	
1.1.3.1	Répartition des résidents en fonction du GIR résidents ont un GIR 1, 2 ou 3 soit % de la capacité autorisée (100). résidents ont un GIR 1 ou 2 soit % de la capacité autorisée (100). Ces proportions sont conformes à la réglementation en vigueur.	

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement Un règlement de fonctionnement daté de 2020 a été transmis à la mission. Il s'agit d'un règlement de fonctionnement commun à l'ensemble des EHPAD du CASVP.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<u>Le contenu du règlement de fonctionnement</u> Le règlement de fonctionnement traite les points suivants prévus par la réglementation : -Les mesures relatives aux droits des personnes, le respect de leur dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité et de leur libre choix de prestations. -La prise en charge et l'accompagnement individuel ainsi que le droit à la participation à la conception et la mise en œuvre de son PAI. -La dépendance, la prise en charge médicale et paramédicale, -Les modalités d'association des familles et du CVS ne sont pas suffisamment détaillés. -L'accès et la confidentialité des informations concernant le résident. -L'organisation et l'affectation des locaux. -Les modalités de rétablissement des prestations. -Les modalités des transferts et déplacements. -Les mesures à prendre en cas d'urgence et de situation exceptionnelle. -Les mesures de sûreté des personnes et biens. -Les règles de vie collective. -Les prestations délivrées. Il ne traite pas : -La charte des droits et libertés de la personne accueillie est citée dans le règlement, mais elle n'a pas été jointe aux pièces du présent contrôle. Ainsi, les informations sur les droits fondamentaux de la personne âgée, les protections particulières légales et contractuelles dont il bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ne sont pas précisées dans le règlement de fonctionnement. -La protection contre les violences n'est pas abordée. -L'accueil des nouveaux professionnels et l'évaluation des pratiques professionnelles n'est pas traité.	Remarque 1 : Le règlement de fonctionnement ne traite pas les points suivants : -L'accueil des nouveaux professionnels, -des pratiques professionnelles, -Les informations sur les droits fondamentaux de la personne âgée, les protections particulières légales et contractuelles dont il bénéficie, ainsi que sur les voies de recours, -La protection contre les violences
1.2.1.4	<u>Le projet d'établissement</u> L'établissement a transmis un projet d'établissement couvrant les années 2020-2024, non daté. Ce projet n'a pas été présenté au CVS (le document présenté comporte p.2, une phrase indiquant que le projet devrait être présenté au CVS avec une date non remplie). Il n'a pas été présenté aux instances représentatives du personnel.	Remarque 2 : Le projet d'établissement n'a pas été présenté aux instances représentatives du personnel Remarque 3 : Le projet d'établissement n'a pas été présenté au CVS.
1.2.1.5	<u>Le contenu du projet d'établissement</u> Le projet d'établissement traite des points suivants, prévus par la réglementation : * Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement) * Présentation des enjeux et mission * Caractéristiques des personnes accueillies * Nature de l'offre de service et organisation * Management de l'EHPAD * Projet social et logistique * Personnalisation des PVI	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	* Bienveillance et prévention maltraitance * Perspectives d'évolution et de développement * Politique d'amélioration des conditions de travail du personnel * Projet d'animation.	
1.2.1.6	<u>Le plan bleu</u> Le plan transmis ne concerne que la canicule, ce qui n'est pas en accord avec l'instruction ministérielle 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. A minima, ce plan devrait couvrir les points suivants : • procédure en cas de rupture de flux (électricité, eau potable, ...) • procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement • procédure de rappel du personnel • procédure de gestion des décès massifs • procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu.	Ecart 1 : Le plan bleu transmis ne concerne que la canicule, ce qui n'est pas en accord avec l'instruction ministérielle 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.
1.2.2.1	<u>Directeur de l'établissement et organigramme de la structure</u> L'établissement dispose actuellement d'une directrice par intérim [REDACTED]. Une décision de la direction des ressources humaines du CASVP datée [REDACTED] l'affecte au poste de directrice le [REDACTED]. L'organigramme fourni comporte bien la mention des ETP, ainsi que les liens fonctionnels et hiérarchiques.	
1.2.2.6	<u>Fiche de poste/Lettre de mission du directeur</u> La fiche de poste transmise correspond au poste d'adjoint au directeur des ressources et non de au poste de direction. L'établissement n'a pas transmis non plus de lettre de mission pour le poste de direction.	Ecart 2 : La fiche de poste transmise correspond au poste d'adjoint au directeur des ressources et non de au poste de direction ce qui ne permet pas de vérifier la conformité à l'article L315-17 du CASF. Ecart 3 : L'établissement n'a pas transmis de lettre de mission pour le poste de direction ce qui ne permet pas de vérifier la conformité à l'article L315-17 du CASF.

N°CAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.2.7	Diplômes du directeur La directrice par intérim dispose d'un [REDACTED] ce qui est conforme à la réglementation.	
1.2.2.8	Astreintes administratives L'établissement a transmis une procédure d'astreintes administratives datée de juin 2022 et un planning pour l'année 2023.	
1.2.2.10	Délégation de pouvoirs L'établissement a fourni l'arrêté de délégation de signature de la Mairie de Paris comprenant le nom de la directrice par intérim.	
1.2.2.12	Présence et qualifications de l'IDEC D'après les organigrammes fournis, l'IDEC est en poste [REDACTED] Il dispose d'un [REDACTED] [REDACTED] Il n'a pas été transmis l'inscription à l'Ordre du professionnel. D'après l'organigramme fourni, l'établissement dispose également d'un poste d'adjointe aux soins en plus du poste d'IDEC.	Ecart 4 : L'inscription à l'Ordre National des Infirmiers de l'IDEC n'a pas été transmise. (Référence : Article L4312-1 du CSP)
1.2.2.14	Présence et temps de travail du médecin-coordonnateur L'établissement dispose d'un poste de médecin coordonnateur ainsi que deux postes de médecins traitants. Les deux postes de médecins traitants cumulent [REDACTED]. Le médecin coordonnateur était en poste depuis [REDACTED] cependant la liste du personnel du 23/02/2023 MAJ le 29/09/2023 et le planning des médecins de novembre 2023 mentionnent [REDACTED] une sortie des effectifs du médecin coordonnateur le [REDACTED] Le poste de médecin coordonnateur étant aujourd'hui vacant, le temps de coordination n'est pas en conformité avec la réglementation (il devrait être à la hauteur de 0,8 ETP) et les missions de coordination ne sont pas assurées.	Ecart 5 : Le poste de médecin coordonnateur étant vacant, le temps de coordination n'est pas en conformité avec la réglementation en vigueur et les missions de coordination ne sont pas assurées (Articles D312-156 et D312-158 du CASF).
1.2.2.15	Qualifications du médecin-coordonnateur Sans Objet.	

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR																										
1.3.3.1	La composition du Conseil de la Vie Sociale(CVS) : Le règlement intérieur du CVS de l'EHPAD Hérold, rédigé par la CASVP central a été transmis. Il a été approuvé par délibération du CASVP du 16/12/2022 pour une application à compter du 01/01/2023. Il précise que chaque EHPAD devra en prendre acte à compter du 01/01/2023, lors de la tenue du CVS s'y rapportant. Au 1er janvier 2023 le règlement intérieur du CVS indique que suite au décret n° 2022-688 du 25 avril 2022, le CVS doit être composé comme suit : <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Collèges</th><th colspan="2">EHPAD < 200 places</th></tr> <tr> <th>Titulaires</th><th>Suppléants</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Représentants des personnes accompagnées</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Représentants des familles ou proches aidants et représentants légaux des personnes accompagnées</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Représentants des professionnels et membres de l'équipe médico-soignante</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Bénévoles</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr> <td>Médecin coordonnateur</td><td>1</td><td></td></tr> <tr> <td>Représentant de l'organisme gestionnaire</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr> <td>Total</td><td>11</td><td>10</td></tr> </tbody> </table> Les membres du CVS sont élus pour 3 ans. Le règlement intérieur transmis indique les noms du président et président-suppléant élus lors du CVS du 10/12/20. Il précise que les dernières élections du CVS de Hérold ont eu lieu suite au décret du 25/04/2022 qui élargit sa composition. Le compte rendu du CVS du 15/06/2023 précise que des élections ont été organisées suite au décret du 25 avril 2022, sans que la date de l'élection soit précisée. Ce compte rendu indique la présence de : - 9 représentants des professionnels et membres de l'équipe médico-soignante de l'EHPAD - 1 représentant CASVP - 1 médecin coordonnateur - 2 représentants des familles - 2 représentants des résidents et 1 suppléant.	Collèges	EHPAD < 200 places		Titulaires	Suppléants	Représentants des personnes accompagnées	3	3	Représentants des familles ou proches aidants et représentants légaux des personnes accompagnées	3	3	Représentants des professionnels et membres de l'équipe médico-soignante	2	2	Bénévoles	1	1	Médecin coordonnateur	1		Représentant de l'organisme gestionnaire	1	1	Total	11	10	Ecart 6 : La composition du CVS telle que mentionnée règlement intérieur du CVS n'est pas conforme, ce qui contrevient à l'article D.317-7 du CASF. Ecart 7 : Il n'existe pas de décision fixant la composition des membres titulaires et des membres suppléants, ce qui contrevient à l'article D.311-4 du CASF. Ecart 8 : Le CVS ne s'est pas réuni 3 fois en 2022, ce qui contrevient à l'article D.311-16 du CASF. Ecart 9 : Il n'est pas désigné de secrétaire de séance en début de réunion ce qui contrevient à l'article D.311-20 du CASF. Ecart 10 : Les comptes rendu des CVS ne sont pas datés ni signés par le président du CVS ce qui contrevient à l'article D.311-20 du CASF. Ecart 11 : Le règlement intérieur du conseil de la vie sociale de l'établissement approuvé par délibération du conseil d'administration du CASVP du 16 décembre 2022 n'a pas été présenté au CVS lors de sa première réunion, ce qui contrevient à l'article D.311-19 du CASF.
Collèges	EHPAD < 200 places																											
	Titulaires	Suppléants																										
Représentants des personnes accompagnées	3	3																										
Représentants des familles ou proches aidants et représentants légaux des personnes accompagnées	3	3																										
Représentants des professionnels et membres de l'équipe médico-soignante	2	2																										
Bénévoles	1	1																										
Médecin coordonnateur	1																											
Représentant de l'organisme gestionnaire	1	1																										
Total	11	10																										

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Il n'est pas précisé la composition de chaque collège et les membres absents ou excusés. Le nombre de représentants des professionnels et membres de l'équipe médico-soignante de l'EHPAD est supérieur à celui des représentants des personnes accompagnées et des familles ou proches aidants, ce qui contrevient aux articles D 311-5 et D 311-17 du CASF. 3 comptes rendu des CVS ont été transmis : - 11/05/2022 - 12/10/2022, - 15/06/2023. Au vue de ces compte-rendu, les thématiques systématiquement abordées sont : - Informations sur la vie de l'établissement - Parole aux résidents et familles - Soins - Questions diverses. Les avis ne sont pas formalisés comme le prévoit l'article D.311-15 du CASF. Les thématiques relatives au fonctionnement de l'établissement ne sont pas présentées en amont à l'occasion de la préparation de l'ordre du jour et ne peuvent pas être travaillées par les membres du conseil. Un retour sur l'enquête de satisfaction 2022 a été faite au membres du CVS du 15/06/22. Les résultats de l'enquête ont été mis à leur disposition. Lors de ce CVS, la direction a annoncé l'enquête de satisfaction 2023 à venir.	
1.3.3.2	Information du CVS sur les EI et EIG : Il existe une fiche de procédure CASVP qui ne précise pas que les dysfonctionnements, EI et EIG et les mesures correctrices doivent être présentées en CVS. La thématique des EIG a été abordée lors du CVS du 15/06/23 : La direction indique lors de cette séance vouloir présenter les EIG à l'occasion des réunions du CVS, contrairement à la pratique antérieure puisqu'aucun EIG n'est présenté dans les comptes rendus transmis de 2022.	Ecart 12 : Il n'est pas présenté au CVS de bilan des EI, EIG et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD, ni des mesures correctrices mises en place ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.

Gestion de la qualité

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.4.1.7	Le Plan d'Amélioration de la Qualité (PACQ) : Le projet d'établissement de Hérold 2014-2018 cité dans le rapport de l'évaluation externe d'octobre 2014 prévoyait concernant le projet qualité : organiser une gestion des risques et de la qualité. Toutefois, le PACQ n'a pas été transmis par l'établissement. Ont été transmis le rapport d'évaluation externe d'octobre 2014 réalisé par un organisme extérieur et les enquêtes de satisfaction résidents et familles synthétisées à l'aide d'un logiciel. (cf infra)	Remarque 4 : Absence de PACQ au sein de l'établissement.
1.4.2.1	L'évaluation interne et l'évaluation externe : <u>Evaluation interne :</u> L'établissement transmet une liste des éléments de preuve datée de 2018 de l'EHPAD d'Héroid pour les évaluations internes, mais pas l'évaluation en elle-même. <u>Evaluation externe :</u> Le dernier rapport d'évaluation externe a été réalisé les 8, 9 et 10 octobre 2014. La méthode d'évaluation s'est appuyée sur le référentiel EVA 3 qui comprend 7 chapitres et 41 items. Chaque item correspond à une définition qui figure dans le manuel d'évaluation. La définition du manuel aboutit à fixer 4 niveaux pour chacun des items : L'évaluation a abordé la totalité des chapitres et des items, notés de A à D : A : l'EHPAD répond totalement au critère B : l'EHPAD répond en grande partie au critère C : l'EHPAD ne répond que partiellement au critère D : l'EHPAD ne répond pas au critère. Risque majeur La lecture du rapport fait apparaître que les items sont majoritairement classés en A ou B (19 cotations A et 17 cotations B) contre 5 cotations C (Les infections, la production alimentaire, les prestations lingerie, le fonctionnement des services techniques,) et 0 cotation D. L'arrêté 2023 portant programmation des évaluations des ESSMS prévoit la prochaine évaluation de Héroid au 2^{ème} semestre 2024. L'établissement a également transmis les questionnaires annuels de satisfaction global agents, familles et résidents du dernier trimestre 2023, exploités par le logiciel Ageval pour l'ensemble des établissements du CASVP, et pour Héroid. Concernant Héroid, les questionnaires annuels de satisfaction 2021 sont réalisés sur la période du 19/8/2021 au 15/02/2022 et en 2022 sur la période du 07/06/2022 au 06/03/2023). Le questionnaire annuel de satisfaction famille 2021 (26 réponses) montre une majorité de très 5satisfaits/satisfaits sur les 5 items : cadre de vie, soins, vie de l'établissement, animation, professionnels (hors soignants).	Ecart 13 : La dernière évaluation externe a été réalisée en octobre 2014, ce qui contrevient à l'article D.312-204 du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	En 2022 (26 réponses), la satisfaction globale des familles est bonne : ■■■ % très satisfaits et ■■■ % satisfaits, soit un taux global de satisfaction de ■■■ %. Concernant les résidents : en 2022, sur les 36 réponses, l'analyse montre une majorité de très satisfaits et satisfaits sur les 4 item principaux : cadre de vie, soins, vie dans l'établissement et participation vie sociale. L'appréciation globale de satisfaction des résidents sur l'établissement est très bonne : ■■■ % très satisfaits et ■■■ % satisfaits, soit un taux global de satisfaits de ■■■ %.	
1.4.3.1	La promotion de la bientraitance : La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil. Le rapport d'évaluation externe de 2014 indique qu'un groupe de travail « bientraitance » a été constitué en 2011 et coordonné par le psychologue du travail. Il a abouti à la rédaction d'un guide de la bientraitance, mis à disposition du personnel. Le rapport précise qu'une information a été faite à tous les personnels soignants en juillet 2014. L'organisme de contrôle préconisait la rédaction d'un protocole de signalements des actes de maltraitance et la mise en place d'un comité d'éthique inter-EHPAD. Toutefois, aucun des documents transmis à la mission dans le cadre de ce contrôle ne traite de la promotion de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance La fiche de procédure d'admission d'un nouveau résident transmise prévoit la remise à ce dernier de la charte des libertés des personnes âgées. La fiche de procédure rappelle en introduction que l'EHPAD Hérod s'appuie sur la charte de la personne âgée accueillie et s'applique à respecter les valeurs, principes, droits et libertés des résidents.	Ecart 14 : L'établissement n'a pas mis en œuvre une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance afin d'assurer une qualité de la prise en charge des résidents (Référence : Article L.311-3 3° du CASF). Remarque 5 : La lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil.
1.4.3.2/1.4.3.3	Les procédures relatives aux situations de violences : La mission n'a pas été destinataire de fiche de procédure concernant les situations de violences et violences sexuelles.	Remarque 6 : L'établissement n'a pas mis en place de procédure relative aux traitements des situations de violence et de harcèlement sexuel.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	La procédure en cas d'agression : Une fiche de procédure a été réalisée par le CASVP en mars 2022 décrivant la déclaration des Evénements Indésirables Graves (EIG) dans le logiciel [REDACTED] et aux autorités de tutelle. Est jointe à la fiche la charte d'incitation à la déclaration des EI qui garantit la protection des professionnels qui signalent. Le relevé des événements indésirables 2022 réalisé via le logiciel [REDACTED] fait apparaître 48 EI dont 13 situations d'agressions. Le relevé des événements indésirables 2023 en fait apparaître 32 dont 6 situations d'agressions. Il s'agit d'agression verbales ou physiques entre les résidents, ou à l'égard de l'équipe soignante. En 2023 est mentionnée une agression sexuelle d'un résident sur une soignante, sans que l'on sache la nature de l'agression et la suite donnée. Les relevés sont descriptifs : ils indiquent la classification de l'événement, son descriptif, la date et s'il est clôturé ou pas. Les modalités de traitement de ces incidents, les déclarations éventuelles aux autorités de tutelle et au procureur et les retours d'expérience ne sont pas indiquées. 3 fiches RETEX sur des EIG de 2021 sont jointes concernant 6 EIG, sans que l'on puisse relier ces RETEX au tableaux de suivi 2022 et 2023 des EIG transmis.	Ecart 15 : Il n'est pas fait de mention dans la fiche de traitement des EIG de la procédure de signalement au procureur de la République ce qui contrevient à l'article 40 du code de procédure pénale.

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.5.1.1	Enquêtes de satisfaction L'enquête d'évaluation externe transmise date d'octobre 2014, soit plus de 5 ans ce qui contrevient à la réglementation. L'établissement a également fourni une évaluation interne datée de 2018 très complète, incluant notamment un volet concernant la satisfaction au travail des agents. Enregistrement, traitement et suivi des plaintes L'établissement déclare ne pas avoir encore mis en place de registre de plaintes. La procédure de déclaration des EI/EIG transmise de mars 2022 comprend aussi les plaintes.	Remarque 7 : L'établissement n'a pas mis en place de registre de plainte.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Déclaration des EI/EIG Une procédure de déclaration des événements indésirables, des événements indésirables graves et des plaintes a été transmise. Elle date de mars 2022. C'est une procédure générale pour le CASVP.	Ecart 16 : La procédure de signalement d'un événement indésirable, d'un événement indésirable grave ou d'une plainte ne propose pas une définition précise de l'événement indésirable ni de l'événement indésirable grave. Elle réduit l'EIG à l'EIGS (Référence : Articles L331-8-1 et R331-8 à 10 du CASF).
1.5.1.3	Cette procédure définit rapidement l'événement indésirable et réduit les événements indésirables graves aux seuls événements indésirables graves liés aux soins. Elle rappelle l'obligation de prévenir les proches, la personne de confiance et le cas échéant le tuteur du résident. Cette procédure explique les raisons de l'obligation de déclaration et pose l'obligation de mener un retour d'expérience dans les trois mois suivant tout EIG ou dysfonctionnement grave. Elle précise que le retour d'expérience a pour objectif l'amélioration continue de la qualité et doit être diffusé et expliqué aux équipes. Analyses et suivi des EI/EIG L'établissement a fourni une extraction du Logiciel [REDACTED] pour 2022 et 2023 des événements indésirables. Dans cette liste n'apparaît pas la distinction entre EI et EIG, cf. écart du 1.5.1.3. Pourtant, il est mentionné une agression sexuelle envers une soignante en 2023 qui aurait dû être classifiée en EIG, ce qui témoigne d'un manque de culture globale sur la déclaration des EI et EIG. Une formation adaptée serait nécessaire (cf. remarque du 1.5.1.3). Aucun EIG n'a de ce fait été transmis pour ce contrôle. Signalements EI/EIG et transmission des RETEX En terme de RETEX, l'établissement a fourni trois tableaux d'actions correctives par étages, qui ne permettent pas, n'ayant pas la description de l'EI qui s'y rapporte, de savoir si les mesures correctives sont appropriées d'une part, et d'autre part de se rendre compte si tous les événements indésirables font bien l'objet de mesures correctives. La procédure fournie pour mener un RETEX n'indique pas que les RETEX doivent permettre d'alimenter le PACQ.	Remarque 8 : Aucune formation portant sur le repérage et la distinction entre EI et EIG n'est programmée au plan de développement des compétences. Remarque 9 : La procédure fournie pour mener un RETEX n'indique pas que les RETEX doivent permettre d'alimenter le PACQ.

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.1	La composition de l'équipe : L'établissement n'a pas transmis de tableau des effectifs budgétaires et effectifs réels. La mission a été destinataire des documents suivants : • L'organigramme de l'établissement mis à jour le 01/09/2023, • Le registres du personnels N-1 • Le registre de personnel N-2 • La liste du personnel mise à jour le 01/10/2023. Compte tenu de la date du contrôle, la mission suppose que le registre du personnel N-1 correspond à l'année 2022 et le registre N- 2 à l'année 2021.Le registre de l'année 2021 comporte le % de travail réel et le % de travail chargé, sans explication sur cette dernière dénomination. Le registre du personnel N-2 comporte uniquement le % temps de travail. Ces registres ne mentionnent pas les équivalents temps pleins et les effectifs réels. La liste du personnel datée du 01/10/2023 est renseignée de manière hétérogène ce qui rend sa lecture difficile. Les ETP réels et ETP chargés y figurent sans que l'on sache à quoi correspond cette dénomination. L'hétérogénéité de ces documents rend difficile l'analyse des effectifs de l'établissement. La mission se base, pour définir les ETP, sur l'organigramme du 01/09/2023. Selon l'organigramme du 01/09/2023, qui mentionne les ETP, l'équipe pluridisciplinaire est composée de : • Directeur (vacant à cette date, l'adjointe ressources effectue l'intérim) ■ ETP • Adjointe ressource ■ ETP • Adjoint aux soins à temps partiel, ■ ETP • Médecin coordinateur à temps partiel, ■ ETP • Médecins traitants à temps partiel, ■ et ■ ETP • Psychologue pour les résidents à temps partiel, ■ ETP • Psychologue pour le personnel à temps partiel, ■ ETP • Cadre de santé, ■ ETP • Ergothérapeute (contrat du ■ au ■, sans mention de renouvellement du contrat ou de nouveau recrutement. • Infirmières, ■ ETP • AS et AMP (■ AMP titulaires interviennent dans l'équipe de soins : ■ AMP nuit et ■ AMP après-midi), ■ ETP • ASO (au chevet), ■ ETP • Administratifs, ■ ETP • Restauration, ■ ETP • Hôtelier et lingerie, ■ ETP • Animation, ■ ETP • 4 vacataires à temps partiel : coiffeuse ■ ETP), socio-esthéticienne (■ ETP), pédicure (■ ETP), diététicienne ■ ETP).	Remarque 10 : Les documents transmis ne permettent pas une vision claire des effectifs budgétaires et des effectifs réels, des postes vacants et des recrutements en cours.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R																					
	L'effectif global de l'établissement est selon ce document de [] ETP au 01/09/2023, auquel s'ajoute [] vacataires. <u>La liste des personnels du 01/10/2023</u> Cette liste fait apparaître 103 agents présents dont : • 71 agents de la FPT, soit 68,9% du personnel, • 30 contractuels, soit 29% du personnel (y compris les contractuels remplaçants), • 2 non renseignés. [] contrats se terminent d'ici le 31/12/2023 sans indications sur le renouvellement de ces contrats, mais la date du 31/12 correspond aux règles budgétaires de la fonction publique. Les contrats sont généralement renouvelés à compter du 01/01 de l'année N+1. La liste indique les postes vacants (en vert dans le tableau), les remplacement d'agents (en mauve) et les agents absents (en gris), ainsi que les contractuels remplaçants. [] postes apparaissent vacants en 2023 : [] postes de soins, [] adjoint technique, [] magasinier, [] adjoint administratif, [] animation, [] médecin, [] cuisinier. Il s'agit pour les [] postes de contractuels pour lesquels les fins de contrats interviendront d'ici au 31/12/2023. Par ailleurs, 8 agents apparaissent absents (en gris) et 8 en remplacements (en mauve). Les 8 agents sont remplacés par 5 contractuels, 2 titulaires (les 2 AS de nuit et 1 agent dont le statut n'est pas spécifié). Le motif de l'absence des agents, des postes vacants et des remplacements sont irrégulièrement renseignés dans le tableau. <u>Les contractuels</u> Le registre de personnel de l'année N-1 fait apparaître [] agents dont [] contractuels soit [] % de l'effectif. La liste de personnel datée du 31/10/2023 fait apparaître [] agents dont [] contractuels, soit [] % de l'effectif total, soit un taux de contractuels stable. <u>Contractuels soignants :</u> <table><tr><th></th><th>Total AS</th><th>AS contractuelles</th><th>% AS contractuelles</th><th>Total ASO</th><th>ASO contractuelles</th><th>% ASO contractuelles</th></tr><tr><td>2022</td><td>[]</td><td>[]</td><td>[]</td><td>[]</td><td>[]</td><td>[]</td></tr><tr><td>2023</td><td>[]</td><td>[]</td><td>[]</td><td>[]</td><td>[]</td><td>[]</td></tr></table> [] La durée des contrats est de 8 à 13 mois et pallie les absences : (formation IFSI, CLM, accident travail, arrêt maladie) Il ne s'agit pas des mêmes contractuels d'une année sur l'autre : pour les AS, [] noms sont en commun entre 2022 et 2023. Pour les ASO contractuels, [] noms sont en commun entre 2022 et 2023. Il n'a pas été trouvé d'IDE contractuelle, alors que la quotité cible d'infirmière de nuit dont s'est dotée l'établissement n'est pas respectée.		Total AS	AS contractuelles	% AS contractuelles	Total ASO	ASO contractuelles	% ASO contractuelles	2022	[]	[]	[]	[]	[]	[]	2023	[]	[]	[]	[]	[]	[]	
	Total AS	AS contractuelles	% AS contractuelles	Total ASO	ASO contractuelles	% ASO contractuelles																	
2022	[]	[]	[]	[]	[]	[]																	
2023	[]	[]	[]	[]	[]	[]																	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Le taux de rotation du personnel et l'absentéisme : Les documents transmis par l'établissement ne permettent pas d'établir la proportion de rotation et le taux d'absentéisme du personnel. -Pour la campagne 2022 (sur les données 2021) : Absentéisme déclaré : 8.17% (médiane départementale 12.01%, régionale 12.21%, nationale 11.94%) Taux de rotation des personnels déclaré : 15.56% (médiane départementale 13.52%, régionale 13.54%, nationale 13.54%) -Pour la campagne 2021 (sur les données 2020) : Absentéisme déclaré : 11.28% (médiane départementale 13.51%, régionale 12.49%, nationale 11.68%) Taux de rotation des personnels déclaré : 9.3% (médiane départementale : 14,63%, régionale : 14,17%, nationale : 12,5%) A titre indicatif (car les chiffres n'étaient pas sortis au jour du contrôle) : -Pour la campagne 2023 (sur les données 2022) : Absentéisme : 8.75% (médiane départementale 10.32%, régionale 11.76%, nationale 12.1%) Taux de rotation des personnels : 5.34% (médiane départementale 14.91%, régionale 15%, nationale 15%)	
2.1.1.3		
	Le recrutement par intérim : Le CPOM 2023-2027 indique pour Hérault dans la rubrique fidéliser le personnel et développer la qualité de vie au travail : « L'établissement dispose d'un pool de remplacement : il s'agit d'une équipe d'intervention constituée de 12 personnes (aide-soignante et auxiliaire de vie) qui interviennent pour le remplacement des congés maternité ou congés de maladie longs. » Il n'est pas précisé si les personnels sont des contractuels ou des intérimaires. La notion de vacataire n'est pas expliquée. Les plannings de septembre et octobre indiquent respectivement 14 intérimaires, 3 vacataires et 12 intérimaires, 3 vacataires.	
2.1.1.6		
	Le plan de développement des compétences : L'établissement a transmis les plans de formation 2022 et 2023. Les plans de formations 2022 et 2023 transmis sont identiques, tant concernant les formations validées que les formations réalisées. De ce fait, il n'est pas possible de déterminer si le document transmis correspond à 2022 ou 2023.	Remarque 11 : Le plan de développement des compétences ne distingue pas les formations externes des informations internes.
2.1.2.1		

N°GAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Formations validées : 71 formations sont validées pour un coût global de 37 613,89 €. Il s'agit donc de formations réalisées par des prestataires externes. 8 concernent des groupes de 15 à 76 agents et 63 concernent 1 seul agent : STR - Rappel HACCP STR - Manipulation d'extincteurs sur bacs à feux propres (Premier Témoin Incendie) STR - CONNAÎTRE LES GESTES QUI SAUVENT STR - Exercice d'évacuation et de mise en sécurité PMS - Les transmissions ciblées METHODOLOGIE DE SOIN GINESTE MARESCOTTI PMS - Prise en charge de la douleur PMS - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse en EHPAD STR - Sensibilisation au risque chimique - sélection, utilisation et stockage des produits chimiques PMS - Prise en charge de la personne âgée diabétique en EHPAD et à domicile PMS - Troubles du comportement chez la personne âgée : Comment les prévenir et comment les gérer PMS - ACTIVITES EN ESPACE MULTI SENSORIEL DE TYPE SNOEZELEN Assistant de Soins en Gériatrie PMS - CONNAISSANCE DE LA PERSONNE ÂGÉE DEPENDANTE PRH-Encadrement d'agents présentant des personnalités atypiques PRH- L'accompagnement au changement SST30A - Réglementation relative à la sécurité incendie dans les établissements recevant du public ERP PRH-Les fondamentaux de l'encadrement PRH-Techniques de l'entretien d'évaluation STR - Excel - Intermédiaire STR - Excel initiation PMS - Soins palliatifs - Directives anticipées et personne de confiance PMS - Ethique et pratique soignante PERF - Test FR - Test de français en salle PMS - CONNAISSANCE DE LA PERSONNE ÂGÉE DEPENDANTE PMS - ACTIVITES EN ESPACE MULTI SENSORIEL DE TYPE SNOEZELEN STR - Recyclage SSIAP 1 STR - Sensibilisation au risque chimique - sélection, utilisation et stockage des produits chimiques PMS - Troubles du comportement chez la personne âgée : Comment les prévenir et comment les gérer PMS - Plâtres et cicatrisation PMS - LES BASES DE L'ACCUEIL DU PUBLIC STR - Excel initiation PMS - Le travail de nuit en EHPAD Financement de la présentation du livret 2 à l'EHESP PMS - ANIMATION AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES PRH-Gestion du stress	Remarque 12 : Il n'y a pas de formation au repérage de la maltraitance, ni de formation diplômante.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	PMS - Le toucher-massage : une alternative non médicamenteuse à la prise en charge de la douleur PMS - Le travail de nuit en EHPAD PMS - SITUATION D'AGRESSIVITE AVEC UNE PERSONNE AGÉE Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport. BPJEPS "Animation sociale" PMS - RELATIONS AVEC LES FAMILLES DES RESIDENTS EN INSTITUTION ET A DOMICILE PMS - Soins palliatifs - Directives anticipées et personne de confiance PMS - Les maladies infectieuses PRH - Journée de préparation à la retraite STR - hygiène du linge et méthode RABC PMS - Nutrition/Dénutrition de la personne âgée - Hygiène bucco-dentaire - Troubles de la déglutition PMS - Prévention des chutes en institution et au domicile PMS - ASSISTANT DE SOINS EN GERONTOLOGIE PMS - Prise en charge de la personne âgée diabétique en EHPAD et à domicile PMS - Bienveillance PMS - La prise en charge de l'adulte âgé souffrant de maladies psychiatriques STR - hygiène du linge et méthode RABC Formation psychanalytique lacanienne au Collège clinique des forums du champ Lacanien de Paris STR - Excel initiation STR - Word initiation - niveau 1 PMS - Les pathologies neurodégénératives (Parkinson, sclérose latérale amyotrophique...) PMS - Nutrition/Dénutrition de la personne âgée - Hygiène bucco-dentaire - Troubles de la déglutition Formations réalisées : le tableau fait apparaître 6 modules de formation de groupe. 188 agents ont réalisé 737,3 heures de formation sur 6 modules dont 4 de sécurité : - Manipulation d'extincteurs sur bacs à feux propres (Premier Témoin Incendie) - Exercice d'évacuation et de mise en sécurité - Manipulation d'extincteurs sur bacs à feux propres (Premier Témoin Incendie) - Rappel HACCP - Les transmissions ciblées Les documents transmis ne permettent pas de savoir si les 2 formations de groupe : connaître les gestes qui sauvent et méthodologie de soins Gineste Marescoti et les 63 formations concernant 1 personne ont été réalisées. Les documents transmis sur le plan de développement des compétences présentent un écart important entre les formations validées et les formations réalisées. La mission note que ne figurent pas de formations réalisées relatives à la question de la maltraitance alors que le projet d'établissement 2020-2024 mentionne pages 90 et 91 la lutte contre la maltraitance (promouvoir la bientraitance au sein de l'établissement et prévenir et sanctionner tout acte de maltraitance, ni de formation diplômante pour obtenir le diplôme d'Etat d'aide-soignant.	

N°GAS		Observations ou commentaires		Constat E/R																																																			
2.1.2.5		L'accueil des nouveaux arrivants: La fiche d'accueil « réussir l'accueil d'un nouvel agent » comprend 3 parties : avant l'arrivée de l'agent, à l'arrivée de l'agent et après l'arrivée. Cette fiche de 1 page, non datée, précise notamment à l'accueillant de réfléchir et d'organiser l'accueil en amont, de prendre le temps d'exposer les modalités de travail, de remettre le kit de bienvenue comprenant la liste des numéros et codes d'accès de l'établissement, la dernière version de l'organigramme, la plaquette de l'établissement et la brochure (gestion du temps de travail) et de remettre une carte de pointage activée. Après l'arrivée de l'agent, l'accueillant vérifie le paramétrage de [REDACTED] donne le cas échéant les informations nécessaires sur les primes et informe sur les autres avantages de la ville. Toutefois, il n'est pas précisé à qui s'adresse la fiche qui est floue et peu explicite en termes d'actions précises à accomplir. La fiche n'aborde pas la visite des locaux, la présentation à l'équipe, les aspects pratiques : plannings, pauses, repas. Ce document ne permet pas de comprendre si le nouvel arrivant est accompagné d'un pair et s'il existe des groupes de soutien aux professionnels. Il reste à préciser et à compléter		Remarque 13 : La fiche d'accueil d'un nouvel arrivant est partielle : il n'est pas précisé à qui s'adresse la fiche qui est floue et peu explicite en termes d'actions précises à accomplir. La fiche n'aborde pas la visite des locaux, la présentation à l'équipe, les aspects pratiques : plannings, pauses, repas et ne précise pas si le nouvel arrivant est accompagné par un pair et s'il existe des groupes de soutien aux professionnels.																																																			
2.1.4.5		Les plannings : Il s'agit d'un établissement de 100 places (chambres individuelles) qui se répartissent comme suit : 1^{er} étage : 23 chambres 2^{ème} et 3^{ème} étages : 28 places Alzheimer (13 places +15 UVP) 4^{ème} étage : 21 places UVP La fiche procédure gestion de l'absentéisme » soignant élaborée par l'établissement en date du 29/06/2021 prévoit une répartition des personnels soignants par étage. Elle indique le minimum de personnel pour 100 résidents réparti comme suit : <table><tr><th></th><th>MATIN</th><th>IDE</th><th>AS</th><th>ASO</th></tr><tr><td>Etage 1</td><td></td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>Etage 2</td><td></td><td>2</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Etage 3</td><td></td><td>2</td><td>2</td><td>1</td></tr><tr><td>Etage 4</td><td></td><td>2</td><td>2</td><td>1</td></tr><tr><td>TOTAL</td><td></td><td>2</td><td>7</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>10 AS/ASO</td></tr><tr><td>APRES-MIDI</td><td></td><td>IDE</td><td>AS</td><td>ASO</td></tr><tr><td>Etage 1</td><td></td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>Etage 2</td><td></td><td>1</td><td>1*</td><td>1*</td></tr></table>			MATIN	IDE	AS	ASO	Etage 1		1	1	1	Etage 2		2			Etage 3		2	2	1	Etage 4		2	2	1	TOTAL		2	7	3					10 AS/ASO	APRES-MIDI		IDE	AS	ASO	Etage 1		1	1	1	Etage 2		1	1*	1*	Ecart 17 : En septembre 2023, le nombre de soignant minimum ne correspond pas à l'effectif cible établi par l'établissement dans la fiche de « procédure gestion de l'absentéisme » en septembre 2023, ce qui fragilise la prise en charge des résidents et contrevient à l'article L 311-3 1° du CASF. Remarque 14 : La présentation des plannings ne permet pas leur compréhension directe : La lecture du planning ne permet pas de repérer un cycle régulier de travail. La présence de cases blanches indique un rythme de deux,	
	MATIN	IDE	AS	ASO																																																			
Etage 1		1	1	1																																																			
Etage 2		2																																																					
Etage 3		2	2	1																																																			
Etage 4		2	2	1																																																			
TOTAL		2	7	3																																																			
				10 AS/ASO																																																			
APRES-MIDI		IDE	AS	ASO																																																			
Etage 1		1	1	1																																																			
Etage 2		1	1*	1*																																																			

N°IGAS	Observations ou commentaires					Constat E/R
	Etage 3		1			trois voire quatre jours entrecoupé d'une ou deux journées de repos. Des cases de couleur correspondant à des jours travaillés viennent modifier ce rythme sans qu'il soit possible d'en saisir la raison puisque le code couleur n'est pas compréhensible.
	Etage 4		2	0		
	TOTAL	1	6	2	8 AS/ASO	
	NUIT	IDE	AS			
	Etage 1	0,5 (1 IDE mutualisée avec SWR)	1			
	Etage 2				1	
	Etage 3					
	Etage 4		1			
	TOTAL	0,5	3			
	* si l'AS est au 2ème étage, alors l'ASO est au 3ème et inversement.					
Les effectifs cibles de soignants définis par l'établissement sont donc: IDE hors IDEC : 2 le matin, 1 l'après-midi et 0,5 la nuit. AS : 7 le matin, 6 l'après-midi et 3 la nuit. ASO : 3 le matin, 2 l'après-midi. Soit un minimum de 10 AS/ASO le matin, 8 AS/ASO l'après-midi et 3 AS/ASO la nuit.						
<u>Relevé de non-conformité dans les plannings :</u>						
Sur les 3 mois analysés, la mission constate des écarts au mois de septembre 2023 entre les personnels présents et l'organisation cible définie par l'établissement :						
<u>Les AS/ASO :</u>						
	• <u>Matin :</u> ▪ 4 jours avec 1 seule AS le matin au 1^{er} étage: samedi 9, dimanche 10, mardi 19 et mercredi 20 septembre. Pas d'ASO présente ces 4 jours. Le planning minimum prévoit 2 soignants (1 AS, 1 ASO) au 1^{er} étage le matin. ▪ Au total en septembre, en incluant les contractuels, on trouve 7 jours de fonctionnement avec moins de 10 AS/ASO le matin sur les 4 étages, alors que le planning minimum établi par l'établissement en prévoit 10 (7 AS et 3 ASO). • <u>L'après-midi,</u> ▪ 1 seule AS au 1^{er} étage sur l'ensemble du mois de septembre (1AS et 1ASO, soit 2 soignants prévus dans la fiche de procédure). ▪ 2ème et 3ème étage : anomalie le 12 septembre après-midi : 1 AS/ASO au 2ème et 3ème étage au lieu de 1,5. L'après-midi, en incluant les contractuels, il y a eu 6 jours de fonctionnement avec moins des 8 AS/ASO prévus sur les 4 étages.					

N°/IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	- IDE après-midi : 2 après-midi à 0 (les 7 et 8 septembre) alors que le tableau des effectifs minimums en prévoit 1 pour les 4 étages. L'effectif de l'équipe soignante n'est pas conforme au personnel minimum défini par l'établissement dans la « fiche de procédure de gestion de l'absentéisme » établie en septembre 2023, plusieurs jours en septembre en raison de congés maladie et de CA, malgré le recours aux intérimaires et vacataires. <u>Octobre et novembre 2023</u> : - Les effectifs minimums par jours d'AS, ASO, IDE jour sont respectés en octobre 2023 et dans le planning de novembre 2023. Concernant le rythme de travail, les plannings font apparaître que les équipes soignantes travaillent le matin ou l'après-midi. L'analyse des plannings de septembre et octobre 2023 fait apparaître l'étage d'exercice journalier de chaque professionnel. Cette affectation est mensuelle est susceptible de varier ponctuellement et le professionnel peut être amené à exercer à un autre étage. Le planning de novembre ne comporte pas les étages d'affectation. La lecture du planning ne permet pas de repérer un cycle régulier de travail. La présence de cases blanches indique un rythme de deux, trois voire quatre jours entrecoupé d'une ou deux journées de repos. Des cases de couleur correspondant à des jours travaillés viennent modifier ce rythme sans qu'il soit possible d'en saisir la raison puisque le code couleur n'est pas compréhensible. La mission note que le nombre de code couleur et de sigles utilisés rend la compréhension des plannings difficiles. Certains codes ne sont pas explicités : HOT, S. Certains personnels sont identifiés en rouge ou en vert, sans que l'on sache à quoi cela correspond. De ce fait, le rythme de travail des AS/ASO ne peut être affirmé de façon certaine. La mission relève le cas de 3 soignantes absentes 1 mois complet du fait d'autorisations spéciales d'absences (ASA) entrecoupées de RTT et RH : 1 en septembre, 1 en octobre, 1 en novembre. Ce nombre élevé d'ASA n'est pas conforme à la réglementation relevant des autorisations spéciales d'absences pour du personnel titulaire de la fonction publique. <u>Médecins</u> : A l'analyse des plannings, les 2 médecins traitants effectuent [REDACTED]. Il a effectué [REDACTED]. [REDACTED] un recrutement est en cours. <u>Cadres de santé</u> (cadre de santé, cadre supérieur de santé) Le cadre de santé travaille [REDACTED]	
2.1.4.2	Les fiches de tâches heurées : Une fiche organisation équipe AS/ASO matin » et « organisation équipe AS/ASO a été transmise pour les 4 étages, séquencée par tranche horaire de 7H au coucher du résident. Ces fiches font apparaître 3 temps de transmission dans la journée :	Remarque 15 : Les fiches d'organisation travail équipe AS/ASO matin et après-midi ne mentionnent pas les toilettes, soins, distributions de médicaments, surveillance de la déshydratation.

N°GAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	7H 7H15 : transmissions orales équipes nuit/équipe matin ; 7H15 7H30 : prise de connaissance par étage des transmissions écrites et messagerie Outlook, 14H 14H35/45 : transmissions équipe matins et équipe après-midi, avec 1 agent M et 1 AM ou 14/14H35 : consultation transmissions écrites dans [] pour les agents qui n'assistent pas à la transmission orale. La fiche ne précise pas combien d'AS/ASO assistent à ces transmissions. 20h30 20h45/21h : finalisation transmissions écrites dans [] pour les AS/ASO n'assistant pas aux transmissions orales Plusieurs anomalies à relever : - Les temps de soins n'apparaissent pas dans les fiches qui sont communes pour les AS et ASO qui effectuent les mêmes tâches. - Concernant les transmissions orales, 1 agent de chaque équipe y assiste. Le mode de recensement des informations de l'agent de l'équipe qui termine sa journée et la diffusion des informations aux collègues de l'agent de l'équipe qui y assiste n'est pas précisé. - Aucune mention n'est faite sur la survenance d'évènement inattendu ni du contact avec les cadres de permanence ou en astreinte. - Les toilettes, soins, distribution de médicaments, aide à la prise de médicaments, surveillance de la déshydratation ne figurent pas dans la fiche. - Les AMP ne sont pas différenciées des AS, ce qui entraîne un glissement des tâches, notamment en ce qui concerne l'exécution des soins.	Ecart 18: Les AS, AMP et ASO exercent les mêmes missions alors que ces personnels ne disposent pas des mêmes qualifications, ce qui constitue un glissement de tâches (Articles L451-1 du CASF et L311-3, 1° du CASF).
2.1.4.4	Les glissements de tâches : Comme vu précédemment, il est constaté un glissement des tâches entre AS et ASO du fait de l'absence de définition des tâches spécifiques dévolues aux soignants et aux ASO dans les fiches de tâches horaires. L'étude des plannings des 3 mois considérés fait toutefois apparaître une majorité d'AS en journée. La nuit, l'équipe est constituée uniquement d'AS.	Remarque 16 : Le rôle des ASO et les missions qui peuvent leur être attribuées ne sont pas clairement définis.
2.1.4.7	La gestion des absences imprévues : La fiche gestion absentéisme soignant datée du 29/06/2021 s'applique aux IDE/AS/AMP/ASO est très détaillée avec les effectifs minimums pour 100 résidents par étage et par métier le matin, l'après-midi et la nuit. Elle prévoit, si l'effectif est inférieur à l'effectif minimum ciblé dans la fiche : 1^{ère} intention : modification du planning prévisionnel le matin même, recours aux heures supplémentaires ou décalage des repos hebdomadaires (RH) si l'absence est pour l'après-midi, 2^{ème} intention : Passage ponctuel en 10H ou 12H, 3^{ème} intention : Recours à la vacation, 4^{ème} intention : demande de mission d'intérim.	
2.1.4.10	Le personnel de nuit : D'après la fiche de gestion de l'absentéisme, le personnel minimum la nuit doit être de 3 AS et 0,5 IDE. La procédure de remplacement du personnel absent est identique à celle de la journée.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
AS et IDE de nuit :	D'après les documents le personnel de nuit est constitué de 3 AS et d'une IDE. Un pool de 9 AS est affecté à la nuit, des contractuels et intérimaires intervenant ponctuellement. Sur ce pool d'AS dédié à la nuit, 3 à 4 sont présentes chaque nuit. L'analyse des plannings fait apparaître un nombre suffisant d'AS la nuit sur les 3 mois considérés au regard du nombre minimum défini par l'établissement (3), à l'exception de la nuit du 15 septembre où 2 AS seulement étaient présentes. L'IDE de nuit est mutualisée avec Sarah Weil-Raynal, proche géographiquement et est en positionnée en alternance sur un établissement ou l'autre. Elle se déplace en cas sur l'autre établissement d'urgence médicale. La liste du personnel du 01/10/2023 mentionne que sur les 2 ETP d'IDE de nuit, Seulement 2 nuits ont été assurées en septembre et 6 en octobre. En novembre, dans le planning prévisionnel l'IDE est planifiée sur 7 nuits. La nuit, le rythme de travail est 2 nuits/3 repos ; 3 nuits/2 repos.	

Prise en charge

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.1.1.1	La procédure d'admission L'établissement a fourni une procédure de préadmission et une procédure d'admission, toutes les deux datées de mars 2019. Elles prévoient bien toutes les étapes avec : un personnel d'accueil défini avec les renseignements à fournir, les documents à transmettre avant et après l'arrivée et les modalités des visites de préadmission. Le médecin coordonnateur participe bien à la procédure d'admission selon la procédure. Seulement le RAMA 2022 indique zéro pour le nombre d'avis du MedCo pour les admissions pour les années 2018 à 2022.	Remarque 17 : le RAMA 2022 indique zéro pour le nombre d'avis du MedCo pour les admissions pour les années 2018 à 2022.
3.2.1.2	Évaluations à l'admission La fiche de procédure de pré-admission fourni indique qu'une visite médicale de pré-admission est réalisée mais sans plus de détails sur son contenu. Il n'y a pas non plus de bilan de ces évaluations d'admission dans le RAMA 2022.	Ecart 19 : La procédure d'admission et le RAMA ne donnent aucune indication concernant les évaluations médicales (évaluation Norton, Braden, douleur, chutes, escarres, déglutition...) réalisées lors de l'admission. (Référence : Article D312-158, 2° et 6° du CASF) Ecart 20 : 64 résidents n'ont pas de PAI. (Référence : Article L311-3, 3° et 7° du CASF)
3.1.3.3	Le PAI 35 PAI réalisés pour 99 résidents d'après le tableau remis. En guise de procédure de réalisation des PAI, l'établissement a transmis une fiche technique générique au CASVP apparemment de coordination médicale des soins non datée. Chaque résident dispose bien d'un référent PAI. Il y a 1 soignante pour 3 résidents soit 34 référents PAI. Les documents transmis ne permettent pas de garantir la participation effective du résident et des familles à la réunion de synthèse. Ils ne permettent pas non plus de savoir si la mise à jour des projets personnalisés est réalisée tous les ans.	Remarque 18 : L'établissement n'a pas transmis de procédure pour la réalisation des PAI propre à l'établissement. Remarque 19 : La mission de contrôle n'a pas l'assurance que la révision chaque année des PAI est bien assurée. Ecart 21 : Les documents transmis ne permettent pas de garantir la participation effective du résident et des familles à la réunion de synthèse (Référence : Article L311-3, 7° du CASF)

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.1.4.4	<u>La Commission de Coordination Gériatrique</u> L'établissement a transmis la présentation power point réalisée pour la commission gériatrique 2022. Celle-ci a portée sur les points suivants : • Interactions entre l'équipe soignante, les médecins traitants et les intervenants externes, • Dossier de soins informatiques/supports papiers/ modalités de fonctionnement, • Données statistiques du rapport d'activités médical 2021, • La politique du médicament et les bonnes pratiques, • Les partenariats avec les structures sanitaires et médico-sociales.	
3.1.4.5	<u>Interventions des professionnels médicaux</u> Les 2 médecins traitants salariés de l'établissement suivent l'ensemble des résidents. Ces médecins utilisent le logiciel de soins [REDACTED] pour les prescriptions.	
2.5.4.3	<u>Système d'appels-malade</u> Le système d'appel malade étant en pleine rénovation, l'établissement n'a pas transmis d'élément d'évaluation de ce système.	Ecart 22 : L'établissement n'a pas transmis d'indicateurs d'évaluation de son système d'appel malade. (Référence : Article L311-3, 1° et 3° du CASF)
3.3.3.1	<u>Intervention des bénévoles</u> L'établissement a transmis plusieurs documents relatifs aux partenariats et interventions de bénévoles : -Une charte d'engagement avec [REDACTED] pour un cycle d'ateliers. -Une convention avec la Croix-Rouge française relative aux missions de lutte contre l'isolement. -Une convention portant sur l'usage d'un jardin et la gestion d'un jardin thérapeutique qui n'est plus valable. -Une convention de partenariat avec une crèche pour la participation de résidents et d'enfants à des activités communes.	

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
<u>Le livret d'accueil et respect du droit des personnes</u> 3.2.2.2 3.2.2.5	Le livret d'accueil présente le fonctionnement quotidien de l'établissement. Le règlement de fonctionnement et la charte des droits et libertés de la personne accueillie sont remis avec le livret d'accueil à chaque nouveau résident. Le contrat de séjour générique du CASVP comporte un paragraphe sur la personne de confiance et sur le recours à une personne qualifiée. Il mentionne également une annexe sur une notice d'information et le formulaire de désignation de la personne de confiance mais qui n'a pas été transmise.	
3.2.3.1	<u>Procédure relative aux contentions</u> Une procédure relative aux contentions a été transmise datée du 01/10/2022. La mise en place de la contention reprendre le référentiel ANAES d'octobre 2000 : la contention est réalisée sur prescription médicale et est motivée dans le dossier du patient, la prescription est faire après l'appréciation du rapport bénéfice/risque en équipe pluridisciplinaire, une surveillance dédiée est assurée et tracée, le résident et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention leur consentement est recherché, le matériel de contention est adapté au résident et son état, son intimité et sa dignité sont préservés. De plus, le délai de ré-évaluation des contentions indiquée dans cette procédure est bien de 24H. Le RAMA 2022 ne fait pas état de bilan relatif aux contentions.	Remarque 20 : L'établissement n'a pas fourni de bilan relatif aux contentions via le RAMA.

Soins

N°ICAS	Convention EHPAD/Officine	Observations ou commentaires	Constat EIR
3.8.2.9	L'établissement fonctionne avec la pharmacie à usage intérieur centralisée (PUIC) depuis juin 2020.		
3.8.2.22	<u>Délégation d'administration des médicaments par l'IDE</u> L'établissement a transmis deux procédures pour le circuit du médicament. L'une générique au CASVP intitulée : « Organisation du circuit du médicament dans les EHPAD dotée d'une PUI » datée du 18/01/2022. Cette procédure indique bien que seule l'administration des médicaments de soins courants de la vie quotidienne peut être déléguée par l'IDE à des AS. L'autre intitulée « Protocole de collaboration IDE et AS – Distribution et aide à la prise de médicaments » datée du 15/09/2022 précise encore la procédure précédente.		
3.8.2.24	<u>Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur</u> L'établissement a transmis une procédure intitulée : « PROTOCOLE DOULEUR » du 01/10/2023. Ce protocole indique que : « Le dépistage est réalisé par l'ensemble du personnel soignant : - A l'arrivée et dans les 15 premiers jours suivants l'entrée - A la demande selon les circonstances devant tout symptôme évocateur - Pluri quotidiennement à l'occasion des soins pour les douleurs induites. »		
3.8.2.25	<u>Protocole soins palliatifs et fin de vie</u> L'établissement a passé une convention avec Réseau de soins palliatifs « Quiétude » pour les prises en charge compliquées. L'établissement a également transmis une procédure générique du CASVP pour les soins palliatifs datée du 10/03/2023. Le RAMA 2022 ne présente pas de bilan relatif aux soins palliatifs.	Remarque 21: Le RAMA 2022 ne fait aucun bilan relatif aux soins palliatifs.	
3.4.3.9	<u>Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel</u> Les données fournies par l'établissement ne permettent pas de savoir s'il est organisé un suivi mensuel des pesées. [REDACTED]	Ecart 23 : Les données fournies par l'établissement ne permettent pas de savoir s'il est organisé un suivi mensuel des pesées pour chaque résident, élément indispensable à la prévention de la dénutrition. (Référence : D312-155-0 2° du CASF).	

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Personnels médicaux et paramédicaux libéraux 4.2.1.2 2 kinésithérapeutes interviennent dans l'établissement pour un temps total [REDACTED]		

Risques environnementaux

	Observations ou commentaires	Constat E/R
AMIANTE	L'établissement a été construit en 2007 et n'est donc pas concerné par le risque amiante.	
DASRI	L'établissement a transmis seulement un document de conventionnement avec la centrale d'achats [REDACTED] en charge de la gestion des marchés dont celui des DASRI avec le CASVP. Toutefois, même en cas de marché public, une convention spécifique entre une structure et un collecteur doit être établie. Elle doit reprendre le lieu de collecte, les fréquences de passage et les exutoires. Ce point est généralement libellé dans le CCTP. Seuls les feuillets N°4 des bons de prise en charge ont été transmis. Ils attestent seulement de la prise en charge des DASRI par le collecteur mais pas de leur élimination.	Ecart 24 : L'établissement ne dispose pas de convention de collecte propre à l'établissement. (Référence : Articles L1335-2 et R1335-1 à R1335-15 du CSP et l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques) Remarque 22 : L'établissement doit disposer des bordereaux de suivi de DASRI attestant de leur élimination (feuillelet N°1 rempli par le producteur, le collecteur et l'installation de traitement).

LEGIONELLES	Les analyses de légionelles des années 2022 et 2023 ont été transmises Les résultats d'analyses de légionelles concernent le retour et le départ ECS ainsi que les chambres du 4^{ème} étage, les vestiaires, la cuisine et le centre Delta 7. Les résultats d'analyses de légionelles sont en dessous des valeurs réglementaires.	Ecart 25: L'établissement n'a pas fourni d'analyse sur le fond de ballon. (Référence : Arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Cf Annexe 2).).
EAU CHAUDE SANITAIRE	Les analyses de températures montrent des températures supérieures à 50°C sur plusieurs points de prélèvement.	Ecart 26: Les analyses de températures montrent des températures supérieures à 50°C sur plusieurs points de prélèvement ce qui n'est pas conforme à la réglementation en vigueur (Arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire)

Récapitulatif des écarts et des remarques

Nbre	Numéro IGAS	Référence rapport	Ecarts	Référence juridique
1	1.2.1.6	Gouvernance – Management et stratégie	Ecart 1 : Le plan bleu transmis ne concerne que la canicule, ce qui n'est pas en accord avec l'instruction ministérielle 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.	Instruction ministérielle 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.
2	1.2.2.6	Gouvernance – Management et stratégie	Ecart 2 : La fiche de poste transmise correspond au poste d'adjoint au directeur des ressources et non de au poste de direction ce qui ne permet pas de vérifier la conformité à l'article L315-17 du CASF.	Article L315-17 du CASF
3	1.2.2.6	Gouvernance – Management et stratégie	Ecart 3 : L'établissement n'a pas transmis de lettre de mission pour le poste de direction ce qui ne permet pas de vérifier la conformité à l'article L315-17 du CASF.	Article L315-17 du CASF
4	1.2.2.12	Gouvernance – Management et stratégie	Ecart 4 : L'inscription à l'Ordre National des Infirmiers de l'IDEC n'a pas été transmise.	Article L4312-1 du CSP
5	1.2.2.14	Gouvernance – Management et stratégie	Ecart 5 : Le poste de médecin coordinateur étant vacant, le temps de coordination n'est pas en conformité avec la réglementation en vigueur	Articles D312-156 et D312-158 du CASF
6	1.3.3.1	Gouvernance – Animation et fonctionnement des instances	Ecart 6 : La composition du CVS telle que mentionnée règlement intérieur du CVS n'est pas conforme, ce qui contrevient à l'article D.317-7 du CASF.	Article D.317-7 du CASF
7	1.3.3.1	Gouvernance – Animation et fonctionnement des instances	Ecart 7 : Il n'existe pas de décision fixant la composition des membres titulaires et des membres suppléants, ce qui contrevient à l'article D.311-4 du CASF.	Article D.311-4 du CASF
8	1.3.3.1	Gouvernance – Animation et fonctionnement des instances	Ecart 8 : Le CVS ne s'est pas réuni 3 fois en 2022, ce qui contrevient à l'article D.311-16 du CASF.	Article D.311-16 du CASF
9	1.3.3.1	Gouvernance – Animation et fonctionnement des instances	Ecart 9 : Il n'est pas désigné de secrétaire de séance en début de réunion ce qui contrevient à l'article D.311-20 du CASF.	Article D.311-20 du CASF
10	1.3.3.1	Gouvernance – Animation et fonctionnement des instances	Ecart 10 : Les comptes rendu des CVS ne sont pas datés ni signés par le président du CVS ce qui contrevient à l'article D.311-20 du CASF.	Article D.311-20 du CASF

11	1.3.3.1	Gouvernance – Animation et fonctionnement des instances	Ecart 11 : Le règlement intérieur du conseil de la vie sociale de l'établissement approuvé par délibération du conseil d'administration du CASVP du 16 décembre 2022 n'a pas été présenté au CVS lors de sa première réunion, ce qui contrevient à l'article D.311-19 du CASF.	Article D.311-19 du CASF
12	1.3.3.2	Gouvernance – Animation et fonctionnement des instances	Ecart 12 : Il n'est pas présenté au CVS de bilan des EI, EIG et dysfonctionnements au sein de l'EH PAD, ni des mesures correctrices mises en place ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.	Article R331-10 du CASF
13	1.4.2.1	Gouvernance – Gestion de la qualité	Ecart 13 : La dernière évaluation externe a été réalisée en octobre 2014, ce qui contrevient à l'article D.312-204 du CASF.	Article D.312-204 du CASF
14	1.4.3.2 / 1.4.3.3	Gouvernance – Gestion de la qualité	Ecart 14 : L'établissement n'a pas mis en œuvre une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance complète afin d'assurer une qualité de la prise en charge des résidents	Article L.311-3 3° du CASF
15	1.4.3.2 / 1.4.3.3	Gouvernance – Gestion de la qualité	Ecart 15 : Il n'est pas fait de mention dans la fiche de traitement des EIG de la procédure de signalement au procureur de la République ce qui contrevient à l'article 40 du code de procédure pénale.	Article 40 du code de procédure pénale
16	1.5.1.3	Gouvernance – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Ecart 16 : La procédure de signalement d'un événement indésirable, d'un événement indésirable grave ou d'une plainte ne propose pas une définition précise de l'événement indésirable ni de l'événement indésirable grave. Elle réduit l'EIG à l'EIGS	Articles L331-8-1 et R331-8 à 10 du CASF
17	2.1.4.5	Fonction support – Gestion des ressources humaines	Ecart 17 : En septembre 2023, le nombre de soignant minimum ne correspond pas à l'effectif cible établi par l'établissement dans la fiche de « procédure gestion de l'absentéisme » en septembre 2023, ce qui fragilise la prise en charge des résidents et contrevient à l'article L 311-3 1° du CASF.	Article L311-3 1° du CASF
18	2.1.4.2	Fonction support – Gestion des ressources humaines	Ecart 18 : Les AS, AMP et ASO exercent les mêmes missions alors que ces personnels ne disposent pas des mêmes qualifications, ce qui constitue un glissement de tâches.	Articles L451-1 du CASF et L311-3, 1° du CASF
19	3.2.1.2	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 19 : La procédure d'admission et le RAMA ne donnent aucune indication concernant les évaluations médicales (évaluation Norton, Braden, douleur, chutes, escarres, déglutition...) réalisées lors de l'admission.	Article D312-158, 2° et 6° du CASF
20	3.1.3.3	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 20 : 64 résidents n'ont pas de PAI.	Article L311-3, 3° et 7° du CASF

21	3.1.3.3	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 21 : Procédure PAI : les documents transmis ne permettent pas de garantir la participation effective du résident et des familles à la réunion de synthèse	Article L311-3, 7° du CASF
22	2.5.4.3	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 22 : L'établissement n'a pas transmis d'indicateurs d'évaluation de son système d'appel malade.	Article L311-3, 1° et 3° du CASF
23	3.2.3.1	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 23 : Les données fournies par l'établissement ne permettent pas de savoir s'il est organisé un suivi mensuel des pesées pour chaque résident, élément indispensable à la prévention de la dénutrition	Article D312-155-0 2° CASF
24	DASRI	Risques environnementaux - DASRI	Ecart 24 : L'établissement ne dispose pas de convention de collecte propre à l'établissement.	-Article L1335-2 du CSP -Articles R1335-1 à R1335-15 du CSP -Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques
25	Légionnelles	Risques environnementaux – Légionnelles	Ecart 25 : L'établissement n'a pas fourni d'analyse sur le fond de ballon.	Arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Cf Annexe 2).
26	Eau chaude sanitaire	Risques environnementaux Eau chaude sanitaire	Ecart 26 : Les analyses de températures montrent des températures supérieures à 50°C sur plusieurs points de prélèvement ce qui n'est pas conforme à la réglementation en vigueur (Arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire)	Arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Cf Annexe 2).

Nbre	Numéro IGAS	Référence rapport	Remarques
1	1.2.1.2	Gouvernance – Management et stratégie	Remarque 1 : Le règlement de fonctionnement ne traite pas les points suivants : -L'accueil des nouveaux professionnels et l'évaluation des pratiques professionnelles, -Les informations sur les droits fondamentaux de la personne âgée, les protections particulières légales et contractuelles dont il bénéficie, ainsi que sur les voies de recours, -La protection contre les violences
2	1.2.1.4	Gouvernance – Management et stratégie	Remarque 2 : Le projet d'établissement n'a pas été présenté aux instances représentatives du personnel
3	1.2.1.4	Gouvernance – Management et stratégie	Remarque 3 : Le projet d'établissement n'a pas été présenté au CVS.
4	1.4.1.7	Gouvernance – Gestion de la qualité	Remarque 4 : Absence de PACQ au sein de l'établissement.
5	1.4.3.2 / 1.4.3.3	Gouvernance – Gestion de la qualité	Remarque 5 : La lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil.
6	1.4.3.2 / 1.4.3.3	Gouvernance – Gestion de la qualité	Remarque 6 : L'établissement n'a pas mis en place de procédure relative aux traitements des situations de violence et de harcèlement sexuel.
7	1.5.1.1	Gouvernance – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Remarque 7 : L'établissement n'a pas mis en place de registre de plainte.
8	1.5.1.3	Gouvernance – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Remarque 8 : Aucune formation portant sur le repérage et la distinction entre EI et EIG n'est programmée au plan de développement des compétences.
9	1.5.1.5/1.5.1.6	Gouvernance – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Remarque 9 : La procédure fournie pour mener un RETEX n'indique pas que les RETEX doivent permettre d'alimenter le PACQ.
10	2.1.1.1	Fonction support – Gestion des ressources humaines	Remarque 10 : Les documents transmis ne permettent pas une vision claire des effectifs budgétaires et des effectifs réels, des postes vacants et des recrutements en cours.
11	2.1.2.1	Fonction support – Gestion des ressources humaines	Remarque 11 : Le plan de développement des compétences ne distingue pas les formations externes des informations internes.

12	2.1.2.1	Fonction support – Gestion des ressources humaines	Remarque 12 : Il n'y a pas de formation au repérage de la maltraitance, ni de formation diplômante.
13	2.1.2.5	Fonction support – Gestion des ressources humaines	Remarque 13 : La fiche d'accueil d'un nouvel arrivant est partielle : il n'est pas précisé à qui s'adresse la fiche qui est floue et peu explicite en termes d'actions précises à accomplir. La fiche n'aborde pas la visite des locaux, la présentation à l'équipe, les aspects pratiques : plannings, pauses, repas et ne précise pas si le nouvel arrivant est accompagné par un pair et s'il existe des groupes de soutien aux professionnels.
14	2.1.4.5	Fonction support – Gestion des ressources humaines	Remarque 14 : La présentation des plannings ne permet pas leur compréhension directe : La lecture du planning ne permet pas de repérer un cycle régulier de travail. La présence de cases blanches indique un rythme de deux, trois voire quatre jours entrecoupé d'une ou deux journées de repos. Des cases de couleur correspondant à des jours travaillés viennent modifier ce rythme sans qu'il soit possible d'en saisir la raison puisque le code couleur n'est pas compréhensible
15	2.1.4.2	Fonction support – Gestion des ressources humaines	Remarque 15 : Les fiches d'organisation travail équipe AS/ASO matin et après-midi ne mentionnent pas les toilettes, soins, distributions de médicaments, surveillance de la déshydratation.
16	2.1.4.4	Fonction support – Gestion des ressources humaines	Remarque 16 : Le rôle des ASO et les missions qui peuvent leur être attribuées ne sont pas clairement définis.
17	3.1.1.1	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 17 : Le RAMA 2022 indique zéro pour le nombre d'avis du MedCo pour les admissions pour les années 2018 à 2022.
18	3.1.3.3	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 18 : L'établissement n'a pas transmis de procédure pour la réalisation des PAI propre à l'établissement.
19	3.1.3.3	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 19 : La mission de contrôle n'a pas l'assurance que la révision chaque année des PAI est bien assurée.
20	3.2.3.1	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 20 : L'établissement n'a pas fourni de bilan relatif aux contentions via le RAMA.
21	3.8.2.25	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 21 : Le RAMA 2022 ne fait aucun bilan relatif aux soins palliatifs.
22	DASRI	Risques environnementaux - DASRI	Remarque 22 : L'établissement doit disposer des bordereaux de suivi de DASRI attestant de leur élimination (feuillelet N°1 rempli par le producteur, le collecteur et l'installation de traitement).

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD « Résidence Hérault », géré par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, a été réalisé à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

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

Gouvernance :

- Un taux d'occupation au-dessus des 95%.

Prise en charge :

- Tous les résidents disposent d'un médecin traitant.
- Une commission de coordination gériatrique en place dans l'établissement.
- Des procédures relatives au circuit du médicament, contentions et douleur complètes.

Elle a également relevé des dysfonctionnements en matière :

Gouvernance :

- La composition du CVS telle que mentionnée dans le premier compte rendu du CVS après les élections n'est pas conforme
- Il n'est pas présenté au CVS de bilan des EI, EIG et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD, ni des mesures correctrices mises en place
- L'établissement n'a pas mis en œuvre une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance afin d'assurer une qualité de la prise en charge des résidents
- La procédure de signalement d'un événement indésirable, d'un événement indésirable grave ou d'une plainte ne propose pas une définition précise de l'événement indésirable ni de l'événement indésirable grave.

Fonctions support :

- L'absentéisme au sein de l'établissement est très élevé et fragilise à la fois l'équipe et la prise en charge des résidents.
- Il n'y a pas de formation au repérage de la maltraitance, ni de formation diplômante.
- Les AS et ASO exercent les mêmes missions alors que ces personnels ne disposent pas des mêmes qualifications, ce qui constitue un glissement de tâches

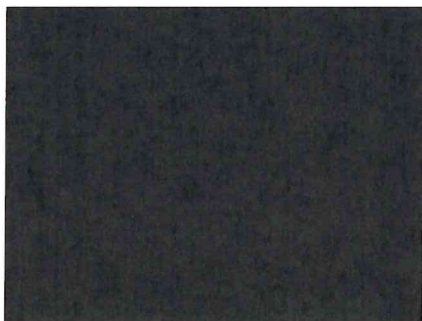
Prise en charge :

- L'évaluation multidimensionnelle n'est pas réalisée systématiquement lors de l'admission d'un nouveau résident.
- Plus de deux tiers des résidents ne disposent pas d'un PAI à jour.
- Les données fournies par l'établissement ne permettent pas de savoir s'il est organisé un suivi mensuel des pesées pour chaque résident, élément indispensable à la prévention de la dénutrition.
- Le document « conduite à tenir face à une douleur » n'indique pas que chaque résident doit bénéficier d'au moins une évaluation douleur par an.

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

Saint Denis, le 25/09/2024

Madame Christel Rougy
Coordinatrice de la mission
Ingénieure du génie sanitaire
Délégation départementale de Paris,
ARS Île-de-France



Monsieur Frédéric MUSSO
Responsable de la mission de contrôle des ESMS
parisiens

Sous-direction de l'Autonomie,
Direction des solidarités



Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des 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

Affaire suivie par :
Christel ROUGY



Frédéric MUSSO



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

Monsieur Frédéric MUSSO, responsable de la mission inspection des ESS, sous-direction de l'autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

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

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

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

Saint-Denis, le 6 octobre 2023

Mesdames, Monsieur,

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

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

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur-pièces de l'EHPAD « Résidence Hérold » (FINESS géographique 75 002 147 9) situé au 60-78 rue du Général Brunet, 75019 Paris, géré par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 62 00 00
ileddefrance.ars.sante.fr

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

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

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

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

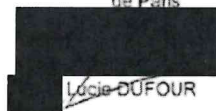
- Madame Christel ROUGY, coordinatrice de la mission d'inspection, ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris ;
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure de génie sanitaire, responsable du Pôle Santé environnement, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation Départementale de Paris

Le contrôle, sur pièces, sera réalisé à compter du **6 octobre 2023**. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. La mission pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

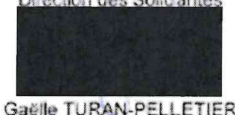
Après réception de ces documents, leur analyse par la mission donnera lieu à l'établissement d'un rapport qui sera remis dans un délai de deux mois à compter de la réception des documents demandés. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention du contrôlé.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

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

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


Lécie DUFOR

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


Gaëlle TURAN-PELLETIER

Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces Résidence Hérold

1	Liste nominative des résidents admis à la date du contrôle avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance, leur date d'entrée, la date du dernier PAI, le bénéfice éventuel de l'aide sociale, le type de la protection juridique éventuelle (Excel)	Oui
2	Grilles de suivi des taux d'occupation et nombre de journées réalisées pour chaque activité (hébergement permanent, hébergement temporaire, PASA et UHR) pour l'année N-1 et le jour du contrôle	Oui
3	Projet spécifique du PASA	N/A
4	Dernier programme d'activités du PASA	N/A
5	Le projet spécifique d'hébergement temporaire	N/A
6	Règlement de fonctionnement	Oui
7	Plan des locaux de l'établissement	Oui
8	Projet d'établissement	Oui
9	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)	Oui
10	Organigramme	Oui
11	Diplôme du directeur de l'EHPAD	Oui
12	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD	Oui
13	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	Non
14	Procédures et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)	Oui
15	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois	Oui
16	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	Oui
17	IDEC : Contrat de travail, Fiche de poste ou feuille de route, Diplôme d'IDE et de Cadre de santé, Inscription à l'ordre des infirmiers	Partiellement
18	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, 3 derniers bulletins de salaires	Partiellement
19	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS	Oui
20	Les comptes rendus des CVS N et N-1	Partiellement
21	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation	Non
22	Dernière évaluation externe	Oui
23	Dernière évaluation interne	Oui
24	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2	Oui
25	Registre des plaintes et réclamations	Non
26	Les trois dernières réclamations et leur traitement	Non
27	Procédure de gestion des événements indésirables	Oui
28	Procédure de déclaration externe des dysfonctionnements graves	Oui
29	Liste des signalements à l'ARS et/ou Ville de Paris	Oui
30	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les deux derniers EIG	Oui
31	Registre du personnel N-1 & N-2	Oui
32	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	Oui
33	Plan de développement des compétences (formation) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1	Oui
34	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)	Oui
35	Tableau du personnel des unités PASA ou UHR (excel)	N/A

36	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit	Oui
37	Une fiche de tâches heurées, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AMP, AES, ASG, IDE	Oui
38	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	Oui
39	Procédure d'admission des résidents	Oui
40	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)	Oui
41	Relevé des pesées et des IMC pour chaque résident accueillis dans la structure en année N-1 (Excel)	Oui
42	Les 2 derniers CR et feuilles d'émargement de la commission de coordination gériatrique	Oui
43	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	Partiellement
44	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (Excel disponible sur Collecte Pro)	Oui
45	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)	Oui
46	Livret d'accueil du résident	Oui
47	Contrat de séjour d'un résident et ses annexes	Oui
48	Procédure relative aux contentions	Oui
49	RAMA	Oui
50	Convention pharmacie EHPAD	N/A
51	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	Oui
52	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	Oui
53	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	Oui
54	Le planning des intervenants paramédicaux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) : avec indication pour chaque professionnel de son identité, sa qualification, le nombre de résidents pris en charge sur le trimestre t-1	Oui
55	La fiche récapitulative (FR) du dossier technique amiante (DTA)	Oui
56	La convention de collecte avec prestataire des DASRI et bordereaux de suivi ou de prise en charge	Partiellement
57	Les analyses légionelles réalisées sur le réseau d'eau chaude sanitaire (années N et N-1 ou années N-1 et N-2 si les prélèvements de l'année N se sont pas encore réalisés	Partiellement