

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
«Villa Jules Janin»
Adresse «10 avenue Jules Janin»
N° FINESS «750800658»**

**RAPPORT DE CONTRÔLE
N° «2023_IDF_00241»
Contrôle sur pièces du 12/06/2023**

Monsieur Frédéric MUSSO, coordonnateur de la mission d'inspection, responsable de la Mission d'Inspection des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

Monsieur Conrad LAJUSTICIA, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

Madame Dalhia ELENGA, chargée de mission Secteur Personnes Agées, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

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

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

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

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

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

- L'article L. 311-6 du CRPA dispose que « *ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :*
 - 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 disjointer, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions* ».

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	6
Contexte de la mission de contrôle.....	6
Modalités de mise en œuvre	6
Présentation de l'établissement	7
Constats.....	9
Gouvernance	10
Conformité aux conditions de l'autorisation	10
Animation et fonctionnement des instances	13
Gestion de la qualité	13
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	17
Fonctions support.....	18
Gestion des ressources humaines	18
Prises en charge.....	25
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	25
Soins.....	27
Relations avec l'extérieur.....	29
Coordination avec les autres secteurs.....	29
Risques environnementaux.....	30
Conclusion	35
Glossaire.....	37
Annexes	38
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	38
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	40

Synthèse

<u>Données générales sur l'établissement</u>			
Nom	Villa Jules Janin	Capacité hébergement permanent	17
Adresse	10-12 avenue Jules Janin	Places habilitées aide sociale	0
Arrondissement	75016	Présence d'une UVP	NON
Gestionnaire	SAS Villa J. Janin (DOMIDEP)	Places en UHR	0
Statut juridique	Privé à but lucratif	Places en PASA	0
L'établissement a signé un CPOM en 2020.			
<u>Éléments déclencheurs de la mission</u>			
Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC). Ce programme s'inscrit dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer le contrôle des EHPAD parisiens.			
<u>Méthodologie suivie et difficultés rencontrées</u>			
Le contrôle a été réalisé le 19 juin 2023 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé le 12 juin 2023.			
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 positifs et les remarques ont porté sur les thématiques suivantes :			
<u>Points positifs de l'établissement relevés par la mission</u>			
GOUVERNANCE			
1. Conformité aux conditions d'autorisation			
La répartition des résidents par GIR est conforme à la réglementation.			
2. Management et Stratégie			
L'établissement s'est doté d'un règlement de fonctionnement, d'un projet d'établissement et d'un plan bleu qui sont complets et contiennent les éléments prévus par la réglementation.			
Le positionnement du directeur et sa formation correspondent aux attentes de la réglementation. Sa délégation de pouvoir est clairement établie.			
3. Animation et fonctionnement des instances			
Le Conseil de la Vie Sociale a bien été installé et se réunit régulièrement.			
4. Gestion de la qualité			
L'établissement s'est doté d'un plan d'amélioration de la qualité.			
Une enquête de satisfaction est bien réalisée annuellement auprès des résidents, familles et tuteurs, et les résultats sont analysés.			
L'établissement s'est engagé dans un processus d'évaluation externe et les points saillants sont bien identifiés.			
5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables			
L'établissement dispose d'un enregistrement des plaintes et réclamations et en assure le suivi.			
FONCTIONS SUPPORT			
1. Gestion des ressources humaines			
Il existe peu de postes vacants au sein de l'établissement.			
L'établissement s'est doté d'un plan de développement des compétences revu annuellement.			
L'établissement dispose de fiche de tâches heurées pour les personnels de l'équipe de soins.			
L'établissement a réalisé un protocole de gestion des remplacements.			
PRISE EN CHARGE			
1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie			
L'établissement met en œuvre le Projet d'Accompagnement Individualisé du résident et en assure le suivi.			

Le système d'appel malade permet de mettre en évidence des délais de réponse satisfaisants.

2. Respect des droits des personnes

L'établissement s'est doté d'un livret d'accueil du résident et il dispose d'un contrat de séjour complet.

3. Soins

L'établissement dispose d'une convention avec une pharmacie d'officine.

L'établissement s'est doté d'un protocole de dépistage et de lutte contre la douleur.

L'établissement s'est doté d'un protocole de soins palliatifs et un autre relatif à la fin de vie.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

L'établissement est concerné par 4 écarts majeurs, 18 écarts et 20 remarques.

Ecart majeur :

- Le règlement de fonctionnement ne fait pas mention d'une consultation du CVS pendant son élaboration (Art. L311-7 CASF),
- L'établissement ne s'est pas doté d'un protocole de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance. (Art. L119-1 & L311-3, 1° CASF, Circulaire relative à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance du 20 février 2014),
- L'établissement ne s'est pas doté d'un protocole de gestion des situations de violences ou de harcèlement sexuel. (Art. L119-1 & L311-3, 1° CASF, Circulaire relative à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance du 20 février 2014),
- Le protocole de signalement des EI/EIG de l'établissement ne permet pas une compréhension efficace du processus de signalement aux autorités compétentes pour le personnel (Art. L331-8-1 CASF).

Ecarts :

- Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95% (Art. L313-4 CASF),
- La direction de l'établissement n'a pas fixé de date pour l'élection des nouveaux membres au Conseil de la Vie Sociale. (Art. D311-4 à D311-20 CASF),
- Le protocole de signalement des EI/EIG de l'établissement ne permet pas une compréhension efficace du processus de signalement aux autorités compétentes pour le personnel (Art. L331-8-1 CASF),
- Le protocole de signalement des EI et EIG de l'établissement ne permet à la mission d'être assurée de la maîtrise de la distinction entre ces événements et de leur déclaration aux autorités administratives (Art. L331-8-1, R331-8 et R331-9 CASF),
- L'équipe soignante de l'établissement n'est pas composée en nombre suffisant de professionnels diplômés. (Art. L311-3, 1° CASF),
- Les missions entre aide-soignant, AES et auxiliaire de vie manquent de précisions, notamment quant à la réalisation des soins. (Art. L.4391-1 & R.4311-4 CSP, D.451-88 et 89 CASF, arrêté du 10 juin 2021),
- La Commission de Coordination Gériatrique ne se réunit pas au rythme nécessaire (Art. D312-158, 3° CASF),
- L'établissement n'a pas fourni de protocole dédié à la délégation d'administration des médicaments par l'IDE (Art. L311-3, 1° CASF),
- La mission ne peut établir le caractère mensuel des pesées (Art. L311-3, 3° CASF).

Remarques :

- L'établissement ne dispose pas d'une procédure relative aux astreintes,
- L'établissement s'est doté d'un plan d'action dont la réalisation est insuffisante au regard des objectifs fixés,
- La mission ne peut s'assurer que les actions et mesures appliquées par l'établissement en cas d'EI/EIG sont incluses dans le plan d'amélioration continue de la qualité,
- Le taux d'absentéisme de l'établissement reste élevé sans que la cause puisse être identifiée,
- Le plan de développement des compétences ne permet pas un accompagnement complet du résident et ne favorise pas la mobilité professionnelle des salariés,
- Les salariés ne bénéficient pas d'un groupe de parole ou d'un groupe d'analyse des pratiques,
- L'établissement n'assure pas de façon systématique les remplacements des membres de l'équipe de soins et de l'équipe d'hébergement dans l'éventualité d'une absence imprévue ou programmée,
- Les fiches de tâches heurées de l'IDE et du soignant ne permettent pas de distinguer la répartition des activités de soins et son organisation entre ces deux professionnels,
- La traçabilité de la prise des médicaments la nuit n'est pas précisée dans la fiche de tâches heurées des salariés de nuit.

Les écarts et les remarques, à l'issue d'une phase contradictoire, feront l'objet de mesures annexées à la lettre définitive adressée à l'établissement. Ceux-ci devront être corrigés dans les délais définis par les autorités de contrôle qui assureront un suivi de leur mise en œuvre.

Introduction

Contexte de la mission de contrôle

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

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

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

Les informations connues par l'ARS et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD «La Villa Jules Janin», situé à «10 avenue Jules Janin», «750800658», dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

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

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

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

GOVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines (RH)

PRISE EN CHARGE

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

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 19 juin 2023, avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 12 juin 2023. Un e-mail a été transmis à la direction le 12 juin 2023, auquel étaient joints :

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

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

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

La délégation départementale de l'ARS et le conseil départemental 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 10-12 avenue Jules Janin, l'EHPAD «Villa Jules Janin» est géré par la société par action simplifiée « Villa Jules Janin » domiciliée à la même adresse et dont la présidence est assurée par le Groupe DOMIDEP dont le siège social est situé 18 rue du Creuzat à l'Isle-d'Abeau (38080).

Ouvert dans le 4 avril 1963, l'EHPAD «Villa Jules Janin» dispose de 17 places en hébergement permanent. Il n'est pas habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS du 11 novembre 2019, le GMP s'élève à 735 et le PMP à 231. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en dessous pour le GMP et au-dessus pour le PMP des chiffres médians régionaux¹ susmentionnés.

Les 15 résidents accueillis en 2019 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD Villa Jules Janin 2021					
IDF ² 2021	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Plus précisément, la distribution des unités est la suivante :

Étage/bâtiment	Nombre de chambres	Nombre de résidents accueillis	GIR moyen
RdC	3	3	
1 ^{er}	7	5	
2 nd	7	5	

Le budget de fonctionnement est de 1 182 677,72 € en 2023, dont 115 123 € au titre de la dépendance et 324 842,87 € au titre du soin.

Le CPOM a été signé le 28 février 2020 pour le Groupe DOMIDEP avec une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2020, incluant les EHPAD « Le Club Montsouris » et « Résidence de Sèvres » et sera renouvelé en 2025. Ses principaux objectifs sont :

- Objectif 1 : Renforcer la coordination des soins et réduire les hospitalisations évitables,
- Objectif 2 : Fidéliser les personnels et stabiliser les équipes soignantes,
- Objectif 3 : Améliorer :
 - o la prise en charge des troubles psycho-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer,
 - o l'hygiène bucco-dentaires des résidents,
- Objectif 4 : Maintenir ou tendre vers un taux d'occupation élevé dans les EHPAD,
- Objectif 5 : Maintenir la qualité et renforcer l'individualisation de la prise en charge,
- Objectif 6 : Développement durable de Paris et responsabilité sociétale des établissements (RSE).

L'EHPAD participe à l'expérimentation suivante :

- IDE de nuit, jusqu'au 1^{er} juillet 2024.

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	«Villa Jules Janin»		
Nom de l'organisme gestionnaire	«SAS Villa Jules Janin»		
Numéro FINESS géographique	«750800658»		
Numéro FINESS juridique	«750001547»		
Statut juridique	«Privé à but lucratif»		
Option tarifaire	«Tarif Partiel»		
Pharmacie à usage interne (PUI)	«Non»		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ³	17	17
	HT ⁴	0	
	UVP ⁵	0	
	PASA ⁶	0	
	UHR ⁷	0	
	UPHV ⁸	0	
	AJ ⁹	0	
	AN ¹⁰	0	
	PFR ¹¹	0	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0		

³ Hébergement permanent

⁴ Hébergement temporaire

⁵ Unité de vie protégée / unité protégée

⁶ Pôle d'activité et de soins adaptés

⁷ Unité d'hébergement renforcée

⁸ Unité pour personnes âgées vieillissantes

⁹ Accueil de jour

¹⁰ Accueil de nuit

¹¹ Plateformes d'accompagnement et de répit

Constats

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

Ecart : noté « E » : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire ;

Remarque : noté « R » : non-conformité par rapport à une recommandation de bonne pratique et/ou à un standard référencé

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation L'EHPAD est conforme aux autorisations avec une capacité de 17 places en hébergement permanent. Au jour du contrôle 13 des 17 places étaient occupées soit un taux de présence de 76,5%.	Ecart : Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95% (Article L313-4 du CASF).
1.1.3.1	Répartition des résidents en fonction du GIR Au jour du contrôle la répartition des GIR des résidents étaient : -GIR 1 à 3 : ■ résidents (■ % des résidents). -GIR 1 à 2 : ■ résidents (■ % des résidents). Les proportions sont donc conformes à la réglementation.	

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement L'établissement a bien transmis un règlement de fonctionnement. Celui-ci n'est ni daté ni signé. Il n'est pas fait mention d'une consultation du CVS.	Remarque : Le règlement de fonctionnement transmis n'est pas daté et signé. Ecart : Le règlement de fonctionnement ne fait pas mention d'une consultation du CVS pendant son élaboration (Article L311-7 du CASF).
1.2.1.2	Le contenu du règlement de fonctionnement Le règlement de fonctionnement traite de tous les points 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 P AI. -L'accès et la confidentialité des informations concernant le résident. -Information 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. -Les modalités d'association des familles et le CVS. -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.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	-Les mesures de sûreté des personnes et biens. -Les règles de vie collective. -Les prestations délivrées. -La protection contre les violences. -La dépendance, la prise en charge médicale et paramédicale. -L'évaluation possibles des pratiques professionnelles.	
1.2.1.4	Le projet d'établissement L'EHPAD a transmis un règlement de fonctionnement valable pour la période 2019-2024. Il n'y figure pas de signature de l'organisme gestionnaire, il n'y a pas de mention de validation du CVS ni de transmission à l'ARS et la Ville de Paris. Le contenu du projet d'établissement Le projet d'établissement transmis est conforme à la réglementation en vigueur et traite de tous les points nécessaires : -La présentation de l'établissement -Les enjeux et les missions -Les caractéristiques des personnes accueillies -La nature de l'offre, des services et de l'organisation dans l'établissement -Le management de l'EHPAD -Le projet social et logistique -La personnalisation des PVI -Le projet de soin -La mention de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance -Le projet d'animation -Les perspectives d'évolution et de développement Le plan bleu L'établissement a transmis son plan bleu 2023, conforme à la réglementation, contenant notamment : -Le protocole relatif à la cellule de crise, -Le plan de continuité des activités, -Le dossier de liaison d'urgence, -La procédure en cas de rupture de flux (électricité, eau potable, ...) en prenant en compte le DARDE, -La procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement, -La procédure de rappel du personnel, -La procédure de gestion des décès massifs, -La procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan, -La procédure relative au plan canicule, -Les procédures COVID 19, -La procédure en cas de menace terroriste.	Remarque : La mission ne peut s'assurer que le règlement de fonctionnement a été signé ni validé par l'organisme gestionnaire et le CVS.
1.2.1.5		
1.2.1.6		

N°ICAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Directeur de l'établissement et organigramme de la structure	
1.2.2.1	Un directeur est bien en poste dans l'établissement. Un organigramme daté du 6 juin 2023 a bien été transmis à la mission et celui-ci contient les noms du personnel de l'établissement, leurs ETP ainsi que les liens hiérarchiques et fonctionnels. Fiche de poste/Lettre de mission du directeur Un avenant contractuel de mise à disposition a été fourni. Celui-ci concerne le directeur actuel de l'établissement et la société à partir de laquelle il est détaché. Le détachement est effectif du 1^{er} mai 2023 au 31 décembre 2023. Diplômes du directeur Le directeur de l'établissement dispose [REDACTED] Les diplômes sont donc conformes à la réglementation. Astreintes administratives Un protocole en cas d'absence de la direction a été transmis. Elle précise que le « Directeur est toujours joignable » et qui contacter en cas de survenance d'un problème de nature administrative ou médicale dans la structure mais ne formalise pas une procédure d'astreintes administratives établie. Délégation de pouvoirs Une délégation de pouvoirs consentie au directeur a été transmise. Elle a été faite entre l'établissement et le directeur actuel le 1^{er} mai et signé par les deux parties. Présence et qualifications de l'IDEC L'établissement ne dispose pas d'IDEC mais a fourni les documents relatifs à son infirmière référente. Les documents suivants ont été fournis : le contrat de travail paraphé mais non signé par l'IDE référente, une fiche de poste paraphée et un diplôme [REDACTED] L'établissement n'a pas transmis son inscription à l'Ordre National des Infirmiers. Présence et temps de travail du médecin coordonnateur L'établissement dispose d'un médecin coordonnateur en poste depuis [REDACTED] Son contrat n'ayant pas pu être transmis la mission ne peut s'assurer de la conformité de son temps de présence avec la réglementation en vigueur. Qualifications du médecin coordonnateur Une fiche de poste non signée a été transmise ainsi qu'un diplôme [REDACTED] et un diplôme [REDACTED] Son inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins n'a pas pu être fournie.	Remarque : L'établissement ne dispose pas d'une procédure relative aux astreintes. Remarque : L'établissement n'a pas transmis le contrat signé par l'IDE référente. Ecart : L'établissement n'a pas transmis l'inscription à l'Ordre National des Infirmiers de l'IDE référente (Article L4312-1 du CSP). Ecart : La mission ne peut s'assurer de la conformité du temps de présence du médecin coordonnateur (Article D312-156 du CASF). Remarque : L'établissement n'a pas transmis le contrat signé entre la structure et le médecin-coordonnateur. Ecart : L'établissement n'a pas transmis l'inscription au Conseil National de l'Ordre des médecins du médecin coordonnateur (Article L4111-1 du CSP).

Animation et fonctionnement des instances

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le Conseil de la Vie Sociale : L'établissement s'est doté d'un Conseil de la Vie Sociale (CVS) et d'un règlement de fonctionnement approuvé le 2 octobre 2019. La durée du mandat de ses membres est fixée à 3 ans (article 3 du règlement). Le renouvellement de ses membres devait intervenir en 2022, les comptes rendus ne font pas apparaître l'organisation d'élections. La direction n'a pas encore prévu d'élections afin de renouveler le CVS et de mettre en application les nouvelles dispositions introduites par le décret n°2022-731 du 27 avril 2022. La composition du CVS en 2022 est conforme à la réglementation et le nombre de présents varie de 3 membres à 9 membres selon les réunions et les thèmes abordés. La réunion du 23 janvier 2023 n'est donc pas conforme à la réglementation et n'a pas donné lieu à une nouvelle convocation. Les comptes rendus sont établis par la direction (entête de l'établissement) à l'exception de ceux du 22 novembre 2022 du 24 janvier 2023 dont le dernier a été rédigé par la représentante des familles. La détermination de l'ordre du jour n'est pas précisée. Les points abordés lors des réunions du CVS sont fixés dans l'article 2 du règlement de fonctionnement : - L'organisation intérieure de la vie quotidienne, - Les animations et activités, - Les services thérapeutiques, - Les projets de travaux et d'équipements, - La nature et le prix des services rendus, - L'affectation des locaux collectifs, - L'entretien des locaux, - Les logements prévus en cas de travaux ou de fermeture, - L'animation de la vie institutionnelle, - Les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants, - Les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge. La direction a fourni 5 comptes rendus pour les réunions suivantes : 28 janvier 2022, 21 juin 2022, 11 octobre 2022, 22 novembre 2022 et 24 janvier 2023. Une réunion exceptionnelle du CVS s'est tenue le 23 août 2022 sur le plan de formation, le compte rendu n'a pas été transmis à la mission.	Ecart : La direction de l'établissement n'a pas fixé de date pour l'élection des nouveaux membres au Conseil de la Vie Sociale. (Articles D311-4 à D311-20 du CASF)
1.3.3.1		
1.3.3.2	La présentation des EIG et dysfonctionnements au CVS : Aucun des comptes rendus fournis n'évoque une communication sur les Evénements Indésirables Graves et la liste des points abordés en CVS ne mentionne pas les EIG.	Ecart : Les Evénements Indésirables Graves ne sont pas présentés en réunion du Conseil de la Vie Sociale. (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 continue de la qualité : L'établissement a fourni un plan d'action lié à un audit réalisé au sein de la structure.	Remarque : L'établissement s'est doté d'un plan d'action dont la réalisation est insuffisante au regard des objectifs fixés.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Celui-ci se présente sous la forme d'un tableau Excel qui énonce 5 thèmes déclinés en 299 objectifs dont la répartition et la réalisation est la suivante : - Sécurité-Santé : 46 objectifs dont 4 réalisés, soit 8,7%, - Social : 53 objectifs dont 6 réalisés, soit 11,3%, - Loi 2002-2 : 46 objectifs dont 3 réalisés (+ 14 réalisés sans date), soit 36,9%, - Exploitation : 80 objectifs dont 5 réalisés (+ 3 réalisés sans date), soit 10%, - Soins : 74 objectifs dont aucun n'est indiqué comme réalisé, soit 0%. Soit un taux de réalisation global de 11,7%. Parmi les objectifs non encore réalisés, la mission relève notamment les points suivants : - Loi 2002-2 : - Registre des décès, - Registre des entrées et des sorties, - Information préalable sur la désignation d'une personne de confiance, - Preuve matérielle des élections du CVS, - Formalisation d'un plan d'action, - Registre des dépôts d'objets de valeur, - Registre des réclamations et réponses, - Rapport d'activité médicale annuel, - Formaliser et actualiser des conventions. - Social : - Procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux salariés, - Réunion générale du personnel, - Formation sur la gestion de crise, - Prise en compte des risques psychosociaux dans le DUERP, - Mettre en place un registre des accidents de travail bénins, - Assurer un suivi individuel renforcé des salariés, - Installer une salle de pause correctement équipée, - Instaurer un groupe de parole, - Qualité de la tenue des dossiers des résidents et des salariés. - Soins : - Réalisation de protocoles : absence direction, urgence médicale, chutes, contentions, dénutrition, prévention des escarres, exposition au sang, évaluation de la douleur, fugue, maltraitance/bientraitance, accompagnement fin de vie, décès, signalement EIG, circuit du médicament, prévention des crises suicidaires, élaboration et suivi des PAP, traçabilité bio-nettoyage et entretien des locaux, - Bilan des chutes, - Suivi mensuel et analyse des poids, - Sécurisation des dossiers médicaux, - Plan de soins IDE et AS, - Réaliser les projets d'accompagnement personnalisés,	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Mise en place de la commission de coordination gériatrique, - Convention avec intervenants libéraux, - Bon fonctionnement de l'appel malade, - Evaluation des pratiques professionnelles par IDEC. Pour un ensemble d'objectifs non encore réalisés, la date indicative est dépassée ou en passe de l'être. Pour les soins, aucune indication ne permet d'envisager une réalisation à venir ou une prise en compte dans le plan d'actions. Compte-tenu de l'ampleur des objectifs, le faible taux de réalisation de ceux-ci ne permet pas d'affirmer que le plan d'action est réellement un outil d'amélioration de la qualité. Les enquêtes de satisfaction : L'établissement a adressé deux enquêtes de satisfaction, la première a été réalisée du 1^{er} janvier au 5 janvier 2022, la seconde du 18 janvier au 26 février 2023. Les taux de satisfaction sont globalement bons, voire très bons, puisqu'ils se répartissent entre ■ et ■ %. La seconde enquête a été réalisée à ■ % par les résidents, à ■ % par un membre de la famille et à ■ % par un représentant légal, sans précisions sur le nombre de personnes concernées. Les points faibles relevés dans l'enquête de 2022 sont les suivants : - La relation avec le médecin coordonnateur à ■ % - La diversité des repas à ■ % - La qualité des repas à ■ % Ces trois points connaissent une évolution favorable dans l'enquête de 2023 puisqu'ils sont respectivement les suivants : - La relation avec le médecin coordonnateur à ■ % - La diversité des repas à ■ % - La qualité des repas à ■ % Le point faible qui apparaît dans l'enquête 2023 concerne le rangement dans les armoires à ■ %. L'évaluation externe : L'établissement s'est engagé cette année dans une démarche d'évaluation externe et le pré-rapport de la visite d'évaluation réalisée les 3 & 4 mai 2023 a été transmis à la mission. L'évaluation aborde les points thématiques suivants, notés sur 4 : - La personne : ■ - Bienveillance et éthique : ■ - Droits de la personne accompagnée : ■ - Expression et participation de la personne handicapée : ■ - Construction et personnalisation du projet d'accompagnement : ■ - Accompagnement à l'autonomie : ■ - Accompagnement à la santé : ■ - Les professionnels : ■ - Bienveillance et éthique : ■ - Droits de la personne accompagnée : ■ - Expression et participation de la personne accompagnée : ■	
1.4.2.1		

N°/IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement : ■ - Accompagnement à l'autonomie : ■ - Accompagnement à la santé : ■ - Continuité et fluidité des parcours : ■ - L'ESMS : ■ - Bienveillance et éthique : ■ - Droits de la personne accompagnée : ■ - Expression et participation de la personne accompagnée : ■ - Construction et personnalisation du projet d'accompagnement : ■ - Accompagnement à l'autonomie : ■ - Accompagnement à la santé : ■ - Politique ressources humaines : ■ - Démarche qualité et gestion des risques : ■ Les points de difficulté qui ressortent du pré-rapport d'évaluation sont synthétisés ci-après : - Un accompagnement à renforcer sur : - Le recours à la pair-aidance et autres dispositifs facilitant l'entraide entre les personnes, - La sensibilisation et/ou la formation aux activités et approches non médicamenteuses, - La prévention des situations de transition ou de rupture dans le parcours du résident, - les interruptions et les ruptures d'accompagnement de la personne et la formation des professionnels, - L'adaptation à la fin de vie de la personne. - Une information à améliorer sur : - La suite donnée aux demandes formulées dans le cadre des instances collectives, - L'orientation et/ou l'accompagnement de l'entourage vers les dispositifs de prévention, de soutien et de répit. - Une co-participation à développer sur : - La co-construction du projet d'accompagnement, - la définition de ses besoins en matière de prévention et d'éducation à la santé. - Un positionnement éthique à soutenir sur : - L'identification en équipe des questionnements propres à la personne accompagnée, - L'association de la personne et son entourage, aux questionnements liés à son accompagnement, - La sensibilisation et la formation des professionnels au questionnement.	
1.4.3.1	Le protocole de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance : L'établissement n'a pas mis en place de protocole de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.	Ecart : L'établissement ne s'est pas doté d'un protocole de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance. (Articles L119-1 & L311-3, 1° du CASF, Circulaire relative à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance du 20 février 2014)
1.4.3.2	Les procédures sur les situations de violences ou harcèlement sexuel : L'établissement n'a pas mis en place de procédures de gestion des situations de violences ou de harcèlement sexuel.	Ecart : L'établissement ne s'est pas doté d'un protocole de gestion des situations de violences ou de harcèlement sexuel. (Articles L119-1 & L311-3, 1° du CASF, Circulaire relative à la lutte contre la

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
		maltraitance et au développement de la bientraitance du 20 février 2014)

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Enregistrement, traitement et suivi des plaintes	Constat E/R
1.5.1.1	L'établissement a fourni des photographies d'un cahier de réclamation physique consignait les réclamations et plaintes des résidents. Y est ajoutée une photocopie des échanges par mail qui ont eu lieu. En se basant sur les éléments fournis, l'établissement rédige systématiquement une réponse à toutes les demandes formulées par le déclarant ainsi que d'un suivi et d'un bilan pour assurer la résolution des réclamations ou de plaintes déposées. Déclaration des EI/EIG Un protocole de signalement des EI ou de situations exceptionnelles et dramatiques en date du 30 août 2022, mis à jour le 30 avril 2023, a été transmis à la mission.	
1.5.1.3	Le protocole se base sur l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 et fait la distinction entre les événements exceptionnels et dramatiques, les EI et les EI internes. Seuls les EI internes disposent d'une procédure : une fiche EI doit-être remplie, pour les familles une fiche doit-être remplie à l'accueil, le directeur est averti par téléphone portable et mail, un fichier EXCEL et une fiche sont complétés sur le serveur, la fiche est présentée au CODIR pour traitement, un plan d'action doit-être élaboré et suivi jusqu'à la clôture de l'évènement puis les parties concernées sont informées. Est fourni, en annexe, un formulaire de déclaration. Le protocole ne détaille pas les procédures à mettre en place pour la gestion des autres types d'évènements.	Ecart : Le protocole de signalement des EI/EIG de l'établissement ne permet pas une compréhension efficace du processus de signalement aux autorités compétentes pour le personnel (Article L331-8-1 du CASF).
1.5.1.5	Analyses et suivi des EI/EIG Le protocole joint ne fait mention que des FEI à remplir, d'autres modalités de suivi ne sont pas explicitées. Des actions et mesures préventives sont mises en place et consignées dans la fiche d'évènement indésirable mais le PACQ de l'établissement ne précise pas l'origine des actions prévues, par conséquent la mission ne peut s'assurer de l'inclusion de ces mesures.	Remarque : Le protocole de signalement de l'établissement ne contient pas de modalités de suivi pour les EI. Remarque : La mission ne peut s'assurer que les actions et mesures appliquées par l'établissement en cas d'EI/EIG sont incluses dans le plan d'amélioration continue de la qualité.
1.5.1.6	Signalements et transmission des RETEX L'établissement n'a transmis qu'une déclaration d'EI (31/08/2022) et deux d'EIG (25/04/2022 et 24/06/2022) à la mission. De plus, il n'a transmis qu'un seul RETEX alors qu'il a transmis deux EI à la mission.	Ecart : Le protocole de signalement des EI et EIG de l'établissement ne permet à la mission d'être assurée de la maîtrise de la distinction entre ces événements et de leur déclaration aux autorités administratives (Articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 du CASF).

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°GAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.1	La composition de l'équipe pluridisciplinaire : Au 12 juin 2023, l'équipe est composée de 16 agents dont 14 à temps plein et 2 à temps partiel : le Medco (0,1 %) et le psychologue (0,25%). L'équipe est composée à [REDACTED] pour un total de 14,35 ETP. Le directeur intervient sur plusieurs sites et il est mis à disposition dans l'établissement, il n'est pas comptabilisé dans les effectifs. Outre les deux professionnels évoqués ci-dessus, la répartition des salariés s'établit de la façon suivante : - Adjointe de direction : 1 ETP - IDE : 2 ETP (dont une IDE référente) - Aide-soignant : 1 ETP - AES/AMP : 2 ETP - Auxiliaire de Vie : 3 ETP - Agent de service hôtelier : 3 ETP - Animateur : 1 ETP - Chef cuisinier : 1 ETP L'équipe soignante de l'établissement ne comprend qu'un seul aide-soignant.	
2.1.1.3	Le taux de rotation et d'absentéisme : Pour la campagne 2021 (données de 2020) : le taux de rotation des personnels est de 6,25% et le taux d'absentéisme est de 20,93%. Pour la campagne 2022 (données de 2021) : le taux de rotation des personnels est de 0% et le taux d'absentéisme est de 20,87%.	Remarque : Le taux d'absentéisme de l'établissement reste élevé sans que la cause puisse être identifiée.

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.6	Le recours à l'intérim : L'établissement n'a pas fourni d'éléments relatifs au recours à des agences d'intérim. Le recrutement par contrat à durée déterminée de très courte durée est la solution privilégiée pour faire face à des remplacements de courte durée et des absences imprévues. Le protocole de remplacement en cas d'absence inopinée fait mention d'un recours à une agence d'intérim et à d'intérimaires, sans plus de précisions.	Remarque : L'établissement n'a pas transmis l'ensemble des recrutements qui ont été effectués par intérim sur l'année écoulée.
2.1.2.1	Le plan de développement des compétences : L'établissement s'est doté d'un plan de développement des compétences annuel, ceux des années 2022 et 2023 ont été transmis. Le plan établi pour l'année 2022 contient 18 formations collectives, 16 sur un jour et 2 à deux jours, réparties sur l'année (dont 2 reviennent deux fois et 1 trois fois). Sur ces 18 formations, 8 sont prises en charge en interne, 5 par le Medco et 3 par le Medco. Ce sont quatorze thèmes qui sont abordés, en considérant que celui sur la nutrition et l'hydratation revient trois fois : - Bienveillance, - Chute, - Dignité et intégrité de la personne âgée, - Douleur, - Ethique professionnelle, - Formation incendie, - Harcèlement / Abus de faiblesse, - Instant repas nutrition et déshydratation, - Nutrition, - Nutrition et Hydratation, - Premia incontinence, - Premia stat (protection), - Sensibilisation aux fugues, - Troubles du comportement. Le plan établi pour l'année 2023 contient 16 formations, 10 sur un jour et 6 à deux jours, réparties sur l'année (dont 1 revient une fois). Sur ces 16 formations, 6 sont prises en charge en interne, 4 par le Medco et 2 par le Psychologue. Ce sont quinze thèmes qui sont abordés, en considérant que celui sur le circuit du médicament revient deux fois : - Bienveillance, - Care et bienveillance à travers les soins de confort et du quotidien, - Circuit du médicament, - Circuit du médicament et rappel sur les contentions, - Douleur, - Ethique professionnelle, - Etre professionnel en toutes circonstances, - Formation incendie,	Remarque : Le plan de développement des compétences ne permet pas un accompagnement complet du résident et ne favorise pas la mobilité professionnelle des salariés.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- Harcèlement sexuel et agissements sexistes, - Loi Sapin 2, cartographie des risques et dispositif anti-corruption, - Mettre la gestion des évènements indésirables graves au cœur de la qualité, - Mieux comprendre la bientraitance, - PAP, - Premier Stat (protection), - Réapprendre les gestes du quotidien grâce à l'approche Montessori. Les deux plans de développement des compétences présentés ne proposent pas de formation sur la fin de vie, sur les gestes en situation d'urgence et les troubles sensoriels. Ces plans ne proposent pas non plus d'accompagnement à la VAE et de formation diplômante, alors que le projet d'établissement précise : « L'établissement favorise également la formation qualifiante et promotionnelle des personnes qui le souhaitent et notamment dans le cadre de la suppression progressive des glissements de tâches et pour favoriser le développement personnel de chaque personne ». Les documents fournis ne permettent pas de déterminer si la totalité des formations a bien été programmée et si l'ensemble du personnel a pu suivre ces formations ou dans quelle proportion.	
2.1.2.5	Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels : L'établissement a fourni un protocole de deux pages réalisé en juin 2019 et révisé pour la troisième fois en avril 2023. La rédaction, la relecture et l'approbation ont été réalisées par la même personne ce qui ne permet pas un regard croisé sur le document présenté ni une validation institutionnelle. Celui-ci est composé de cinq points et aborde : I objet du protocole, II Avant l'embauche, III Jour de l'embauche, IV Suivi à 15 jours, V Fin de période d'essai, VI Embauche vacataire. L'accompagnement et l'intégration du nouveau salarié s'opère notamment par les points suivants : - Visite et présentation de l'établissement ainsi que des résidents présents, - Remise de documents : planning, fiche de poste, descriptif du poste, compétences attendues... - Information à l'équipe de son arrivée lors des transmissions, - Choix d'un tuteur pendant la période d'essai, - Réalisation de journées en double si possible, - Le jour de l'embauche prévoit un temps de travail en double avec un agent similaire de la contre-équipe et un travail en binôme avec son tuteur les deux jours suivants, - La signature de documents remis au nouveau salarié, - Un entretien formel avec la direction à 15 jours avec bilan et en présence du tuteur. Le protocole reste descriptif et ne permet pas d'appréhender la façon dont le nouveau salarié est intégré tant à l'équipe qu'à l'établissement, à ses valeurs et à ses règles de fonctionnement. L'établissement n'a pas mis en place de groupe de parole ou de groupe d'analyse des pratiques. Le soutien aux salariés lors de situations difficiles est assuré par le psychologue de l'établissement.	Remarque : Le protocole d'accueil des nouveaux arrivants est établi, relu et approuvé par la même personne sans intervention d'un tiers. Remarque : Les salariés ne bénéficient pas d'un groupe de parole ou d'un groupe d'analyse des pratiques.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R																																																																																																																												
2.1.4.5	Le planning : Le planning de l'équipe soignante répond au fonctionnement décrit ci-après : - En semaine, les présences minimales s'établissent de la façon suivante à un rythme alterné de deux à trois jours : - L'équipe de jour est composée d'une infirmière, de deux auxiliaires de soin ou soignants (Accompagnant éducatif et social ou auxiliaire de vie – l'aide-soignante actuellement en congé parental), - L'équipe de nuit est composée d'une auxiliaire de soins (AES ou d'une Auxiliaire de vie). L'amplitude horaire des trois professionnels de l'équipe de soins de jour s'établit de la façon suivante : - IDE de 8h à 19h30, - AS1 de 6h45 à 18h45, - AS2 de 9h15 à 21h15. La répartition de l'amplitude horaire et des temps de pause (les petites pauses sont d'un quart d'heure - en rouge) est représentée dans le tableau ci-dessous, la couverture maximale dans la journée est de 9h15 à 18h45 : <table><tr><th>Planning type</th><th>6h30</th><th>7h</th><th>7h30</th><th>8h</th><th>8h30</th><th>9h</th><th>9h30</th><th>10h</th><th>10h30</th><th>11h</th><th>11h30</th><th>12h</th><th>12h30</th><th>13h</th><th>13h30</th><th>14h</th><th>14h30</th><th>15h</th><th>15h30</th><th>16h</th><th>16h30</th><th>17h</th><th>17h30</th><th>18h</th><th>18h30</th><th>19h</th><th>19h30</th><th>20h</th><th>20h30</th><th>21h</th></tr><tr><td>IDE</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AS1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>AS2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Planning type	6h30	7h	7h30	8h	8h30	9h	9h30	10h	10h30	11h	11h30	12h	12h30	13h	13h30	14h	14h30	15h	15h30	16h	16h30	17h	17h30	18h	18h30	19h	19h30	20h	20h30	21h	IDE																															AS1																															AS2																															Ecart : L'équipe soignante de l'établissement n'est pas composée en nombre suffisant de professionnels diplômés. (Article L311-3, 1° du CASF) Remarque : L'établissement n'assure pas de façon systématique les remplacements des membres de l'équipe de soins et de l'équipe d'hébergement dans l'éventualité d'une absence imprévue ou programmée.
Planning type	6h30	7h	7h30	8h	8h30	9h	9h30	10h	10h30	11h	11h30	12h	12h30	13h	13h30	14h	14h30	15h	15h30	16h	16h30	17h	17h30	18h	18h30	19h	19h30	20h	20h30	21h																																																																																																
IDE																																																																																																																														
AS1																																																																																																																														
AS2																																																																																																																														
	L'équipe en charge de l'hébergement est composée de deux auxiliaires de service hôtelier qui travaillent par alternance de deux à trois jours, une ASH est donc présente dans l'établissement de 8h45 à 20h45. Le planning prévisionnel de juillet fait apparaître la non présence d'une ASH pendant 14 jours sur la totalité du mois. La mission constate que les absences imprévues et les absences programmées ne sont pas systématiquement remplacées alors que la taille de l'équipe de soins et d'hébergement ne permet pas d'assurer une prise en charge efficace si celle-ci n'est pas complète. L'équipe de soins est actuellement composée d'une AES et de trois Auxiliaires de Vie, l'AS est en congé parental. L'équipe de soignants est composée certains jours de deux auxiliaires de vie, sans présence d'un AS ou d'un AES. L'équipe de soins de l'établissement n'est pas composée en nombre suffisant de professionnels diplômés pour assurer une prise en charge de qualité.																																																																																																																													

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.4.2	Les fiches de tâches heurées : L'établissement dispose de fiches de tâches heurées pour les professionnels suivants : IDE, Soignant de jour et de nuit, ASH, Cuisinier et aide-cuisinier. La fiche de tâches heurées de l'IDE décrit par tranche horaire les principales activités réalisées dans la journée. Cette fiche fait apparaître les points saillants suivants, elle assure : - la permanence téléphonique en interne et en externe (si absence adjointe direction), - la distribution des médicaments selon quatre temps définis dans la journée, - les transmissions avec l'équipe de soins, - la supervision de l'équipe de soins, - les transmissions avec l'équipe médicale dans [REDACTED], - la réalisation des soins spécifiques réservés à l'IDE, - l'aide à l'installation des résidents selon les temps de la journée, - l'aide aux repas des résidents, - la réalisation de toilettes des résidents. La fiche des tâches heurées pour les soignants est identique selon leur qualification, aide-soignant, accompagnant éducatif et social, et auxiliaire de vie. Il existe une fiche pour l'AS1 et une fiche pour l'AS2. Le soignant assure : - la préparation et la distribution du petit-déjeuner, - la réalisation des transmissions avec l'IDE, - la préparation du chariot de soins et la réalisation des toilettes des résidents, - la récupération du linge sale les lundis et jeudis, - la distribution des repas en chambre et l'aide aux repas, - la réalisation d'une animation avec des résidents, - la réalisation des transmissions du jour dans [REDACTED], - la réponse aux appels et la surveillance des résidents, - la réalisation des changes, - la distribution et l'aide au goûter, - le rangement des armoires des résidents le mercredi et la traçabilité du linge, - la réalisation des transmissions avec l'équipe de soins. L'AS2 réalise des missions identiques à celles de l'AS1, à l'exception du petit-déjeuner et est en charge du nettoyage des sols. L'ASH quant à elle, cette dernière assure : - la préparation du petit-déjeuner, - l'installation des repas sur les chariots et en salle, - le nettoyage et la désinfection des chariots pour les repas, - la plonge de la vaisselle après les repas, - le dressage de la table pour les repas, - l'aide aux repas,	Remarque : Les fiches de tâches heures de l'IDE et du soignant ne permettent pas de distinguer la répartition des activités de soins et son organisation entre ces deux professionnels.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- la descente des poubelles au sous-sol, - le nettoyage du salon, des ascenseurs et des toilettes d'accueil, - la réception des livraisons, - le nettoyage des locaux au sous-sol, - le rangement du local propre/sale, - le nettoyage journalier de la chambre à fond, - les transmissions sur le bionettoyage, - le nettoyage de la cuisine, - la réponse aux appels des résidents, - l'aide au coucher des résidents, - une disponibilité à l'accueil. Ces fiches de tâches heurées permettent de mettre en évidence que l'organisation du travail entre ces trois catégories de professionnels dans l'établissement tient compte de : - la dispensation des médicaments par l'IDE, - l'intégration des transmissions dans le temps de travail et la présence simultanée d'un membre de l'équipe sortante et de l'équipe entrante, - la distinction des tâches entre les trois professionnels. L'organisation et la réalisation des soins reste peu explicite.	
2.1.4.4	Le glissement de tâches : L'absence de fiche de tâches heurées spécifiques pour l'accompagnant éducatif et social et pour les auxiliaires de vie ne permet pas d'écarter de possibles glissements de tâches. La présence d'une seule fiche de tâche heurée pour l'aide-soignant, l'accompagnant éducatif et social et l'auxiliaire de vie fait apparaître une indifférenciation quant au professionnel qui pratique la toilette sans qu'il soit précisé s'il s'agit de toilette complète, au lit ou d'aide à la toilette. La toilette complète et la toilette au lit sont des actes de soins. Les plannings mettent en évidence que certains agents de service hôtelier peuvent être employés en tant que soignant certains jours. La non qualification de ces professionnels, et des auxiliaires de vie, ne permet pas d'exclure l'existence de glissements de tâches. La gestion des absences imprévues : Selon le projet d'établissement la gestion des remplacements est assurée à partir d'un fichier de remplaçants et par le rappel des membres de la contre-équipe.	Ecart : Les missions entre aide-soignant, AES et auxiliaire de vie manquent de précisions, notamment quant à la réalisation des soins. (Articles L.4391-1 & R.4311-4 du CSP, D.451-88 et 89 du CASF, et arrêté du 10 juin 2021)
2.1.4.7	L'établissement a fourni un protocole de remplacement en cas d'absence imprévue réalisé en janvier 2023. Ce document a été rédigé par une personne et validé puis approuvé par une autre. Celui-ci prévoit l'organisation en mode dégradé avec répartition des tâches du salarié absent sur les salariés présents. Il est à noter que si l'AS est absent, l'infirmière prend en charge les résidents et l'ASH se charge de la réfection des lits.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La procédure de remplacement prévoit les étapes suivantes : - Appel à un membre de la contre-équipe disponible, - Appel à la liste des professionnels qui sont déjà intervenus dans l'établissement, - Recours à l'interim.	
2.1.4.10	Le personnel de nuit : Le personnel de nuit dispose d'une fiche de tâches horaires qui détaille leurs activités pendant leur présence dans l'établissement. Le salarié est présent de 21h à 7h en continue, selon le planning un seul salarié est présent la nuit. Deux salariés alternent leur présence selon un rythme de deux et trois nuits. L'une des salariés est diplômée accompagnant éducatif et social (AES) et la seconde est auxiliaire de vie. Les transmissions sont assurées par la lecture du cahier de l'équipe ou sur le logiciel [REDACTED] mais également par la transmission orale par l'AS de jour. En fin de journée, le salarié doit réaliser des transmissions écrites et des transmissions orales avec l'AS de jour qui prend son service. Les activités principales concernent : - La visite des chambres et la surveillance des résidents, - L'aide au coucher et la réalisation de changes, - La distribution des médicaments, - L'entretien du linge, - Nettoyage et désinfection des locaux, - Préparation du chariot des petits déjeuners. La fiche se termine par un rappel de consignes de sécurité et d'actions prioritaires. La fiche de tâches horaires ne précise pas la façon dont la traçabilité de la prise des médicaments est réalisée.	Remarque : Une des deux salariées de nuit n'est pas diplômée. Remarque : La traçabilité de la prise des médicaments la nuit n'est pas précisée dans la fiche de tâches horaires des salariés de nuit.

Prises en charge

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

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
La procédure d'admission		
3.1.1.1	L'établissement a transmis un protocole d'admission pour les nouveaux résidents en date du 12 avril 2023. Le protocole ne contient que quelques conseils pour le personnel médical de la structure et ne détaille pas le processus d'admission. L'établissement a toutefois précisé que le médecin de la structure est impliqué dans le processus d'admission pour validation du dossier médical, une visite de préadmission et à l'entrée du résident.	Remarque : Le protocole de l'établissement ne détaille pas le processus d'admission du résident dans la structure.
3.2.1.2	Évaluation à l'admission Le protocole relatif aux PAI indique que des « Evaluations infirmières (Braden, MNA ...) » sont effectuées par l'IDE référente dans le mois suivant le moment de l'admission.	
3.1.3.3	Le PAI L'établissement a indiqué qu'il y avait un référent soignant par étage pour les PAI. L'établissement a fourni un protocole projet d'accompagnement personnalisé en date du 19 août 2019, mis à jour le 14 juin 2023, contenant une présentation du PAI et son processus de mise en place. Ce dernier est axé autour de l'organisation et du suivi de la vie du résident, de la bientraitance et de l'harmonisation des pratiques soignantes. Le PAI est construit par un contact avec le résident et sa famille via un rendez-vous pour recueillir son histoire de vie, par la récupération des informations de santé par un soignant référent, des évaluations diverses par une équipe paramédicale, des évaluations infirmières par l'IDE référente et du GIR par le Medco accompagné par les référents (IDE et soignant). Entre 1 à 3 mois après l'arrivée du résident une réunion d'échange de 45 minutes est mise en place pour élaborer le PAI. L'IDE référente est chargée de vérifier l'ensemble des documents recueillis et l'équipe soignante ainsi que le Medco et le psychologue saisissent le PAI dans le logiciel [REDACTED] avant diffusion à tous les soignants. Après son élaboration, le psychologue ou l'IDE référente doivent accompagner le résident et/ou sa famille pour assurer la contractualisation du PAI et le présenter pendant les transmissions et les formulaires de prise en connaissance. Le PAI sera réévalué tous les 6 mois, ou dans un délai plus court en cas de dégradation de l'état de santé du résident. Cette révision est faite par le psychologue, l'IDE référente ou le Medco.	
3.1.4.4	La Commission de Coordination Gériatrique Il n'y a pas eu de Commission de Coordination Gériatrique depuis 2020. L'établissement a précisé que la prochaine se tiendrait fin 2023.	Ecart : La Commission de Coordination Gériatrique ne se réunit pas au rythme nécessaire (Article D312-158, 3° du CASF).
3.1.4.5	Interventions des professionnels médicaux Dix médecins traitants couvrent les 13 résidents de l'établissement. L'établissement a précisé que sur l'ensemble des 20 intervenants dans la structure seuls trois utilisent le logiciel de soin de l'établissement.	Remarque : Les intervenants dans l'établissement n'utilisent majoritairement pas le logiciel de soin.

Soins

N°IGAS	Convention EHPAD/Officine	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.8.2.9	L'établissement a transmis une convention signée  Une attention particulière est portée par la convention en matière de protection des données personnelles avec les modalités de traitement des parties, la durée de conservation des données traitées, les droits attachés aux données pour les personnes concernées et le respect de la protection des données. L'établissement a également transmis un protocole relatif à son circuit du médicament en date du 12 juin 2019, mis à jour le 8 décembre 2022, décrivant la responsabilité de chaque personnel soignant dans la procédure et le déroulé d'établissement d'une prescription. Le protocole décrit également le processus de délégation de distribution et prise de médicament et du rôle central de l'IDE en la matière Délégation d'administration des médicaments par l'IDE L'établissement a transmis un protocole de distribution des plateaux en chambre en date du 10 septembre 2020, et mis à jour le 8 décembre 2022. Ce protocole, consistant en un organigramme, porte uniquement sur le rôle des IDE et AS/AVS pour distribuer les médicaments pendant les repas. La délégation d'administration des médicaments est plus détaillée dans le protocole du circuit du médicament mais ne constitue pas un protocole dédié et complet. Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur L'établissement a transmis un protocole doubleur en date du 17 août 2019, mis à jour le 16 avril 2023. Le protocole a pour objectif le dépistage précoce de la douleur pour assurer un traitement et suivi adapté pour le résident. Il décrit la prise en charge immédiate que doit assurer un personnel soignant qui n'est pas IDE ou médecin. Il se divise en plusieurs axes. D'abord, le dépistage avec la nécessité pour le soignant d'être attentif et à l'écoute du résident afin de déterminer l'existence d'une douleur puis d'utiliser les différentes échelles de douleurs pour l'évaluer, la quantifier, la localiser et déterminer sa durée et son intensité. Ensuite l'analyse, avec la proposition de solutions de confort, l'alerte du personnel infirmier pour réévaluer la douleur pour le médecin. Puis, le traitement axé très principalement sur la prise en charge médicamenteuse immédiate et enfin le suivi de cette douleur à la demande du médecin ou d'un personnel infirmier avec une possible programmation d'évaluation en suivant une fiche dédiée.		
3.8.2.22		Ecart : L'établissement n'a pas fourni de protocole dédié à la délégation d'administration des médicaments par l'IDE (Article L311-3, 1° du CASF)	
3.8.2.24		Ecart : L'établissement n'a pas fourni de RAMA (Article D312-158, 10° du CASF).	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Toutefois, l'établissement n'a pas pu fournir le RAMA 2022 et la mission ne peut contrôler la prise en charge de la douleur dans l'établissement.	
3.8.2.25	Protocole soins palliatifs et fin de vie L'établissement a transmis deux documents : un protocole soins palliatifs et un protocole relatif à la fin de vie tous les deux en date du 17 août 2019, révisés le 8 décembre 2022. Le protocole relatif aux soins palliatifs assure l'information du personnel de l'établissement sur la recherche des situations où la mise en place des soins palliatifs est nécessaire et comment assurer une prise en charge adaptée à ces situations. Le protocole précise que si des directives anticipées existent ou si le résident est en capacité d'exprimer son avis il sera nécessaire de les suivre. La démarche indiquée consiste alors, pour le personnel, à mettre en œuvre les mesures nécessaires pour assurer une prise en charge adaptée du résident dans sa démarche de soins palliatifs, et cela dans tous les aspects de sa vie, d'assurer une information et un soutien des familles ainsi que des autres professionnels impliqués dans le processus de fin de vie. Le protocole relatif à l'accompagnement de la fin de vie aborde l'idée de bientraitance dans le processus de fin de vie, les spécificités et objectifs de cet accompagnement pour les personnes âgées, la place des médecins dans la fin de vie ainsi que les symptômes et les principaux principes de soulagement de cette démarche. Est également détaillée la question des directives anticipées qui est pilotée par le psychologue en abordant ce point avec le résident 2 mois après son arrivée. Ensemble, ces deux protocoles assurent l'information du personnel sur l'information et la sensibilisation du personnel sur ces questions. Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel Le document transmis par la mission a bien été rempli et renvoyé par l'établissement. Au niveau des pesées transmises, [REDACTED] [REDACTED] La mission ne peut donc pas établir le caractère mensuel des pesées des résidents. Ainsi, si l'étude de l'état nutritionnel des résidents ne fait pas ressortir de dénutrition au niveau des IMC, la mission souligne que l'échantillon incomplet des pesées ne permet pas d'écarter tout risque potentiel.	
3.4.3.9	Ecart : La mission ne peut établir le caractère mensuel des pesées (Article L311-3, 3° du CASF).	

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
4.2.1.2	Personnels médicaux et paramédicaux libéraux L'établissement a transmis une liste, mise à jour le 1er mai 2023, des intervenants médicaux et paramédicaux dans la structure. Intervient dans l'établissement :	Remarque : Les qualifications des intervenants paramédicaux n'ont pas été transmises.

Risques environnementaux

	Observations ou commentaires	Constat E/R
AMIANTE	Seul un rapport de repérage des matériaux et produits contenant de l'amiante daté du 24/01/12 a été transmis. Il fait état de matériaux contenant de l'amiante y compris dégradé nécessitant des travaux de confinement ou de retrait.	Ecart : Absence de fiche récapitulative permettant de vérifier la réalisation des travaux de confinement ou de retrait des matériaux amiantés dégradés, des évaluations périodiques et des autres repérages avant travaux réalisés depuis 2012.
DASRI	L'établissement a transmis son ancienne convention de collecte avec regroupement établie [REDACTED]. La convention est conforme à la réglementation. La convention de collecte avec regroupement a été mise à jour en date du 02/06/23. Toutefois, la nouvelle convention transmise n'est pas signée et fait référence à un même centre de traitement tant pour l'installation principal de traitement que pour l'installation de secours. Il est indiqué pour les « lieux d'incinération » les coordonnées d'un centre de prétraitement par désinfection et non d'incinération. Seuls 3 bords de prises en charge ont été transmis (avril, septembre et octobre 2022). Aucun bordereau de suivi des DASRI correspondant n'a été joint.	Ecart : Absence de convention convenablement renseignée. Les différents points décrits dans la colonne « observations » devront être corrigés. Ecart : Absence de transmission des bords de prise en charge accompagnés des bordereaux de suivi des déchets correspondants des six derniers mois. Remarque : Les 3 bords de prise en charge fournis ne sont systématiquement signés par le producteur et l'installation destinataire indiquée ne correspond pas à une des installations de traitement d'incinération indiquées dans la convention applicable à la date d'établissement de ces bords de prise en charge.
LEGIONELLES	Seule un résultat d'analyse de légionelles a été transmis. Il concerne la douche de la chambre 101 pour l'année 2021. En l'absence de transmission des résultats d'analyse, il est impossible de vérifier si les points réglementaires et critiques ont été vérifiés et si les résultats sont conformes. Pour la seule analyse transmise, on note l'absence de legionella pneumophila (< 10UFC/L) mais la présence de legionella spp (60000 UFC/L) La température relevée au seul point d'usage prélevé est supérieure à 50°C.	Ecart : L'établissement n'a pas fourni les analyses légionelles des années N et N-1 Ecart : Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur. Remarque : La direction doit s'assurer que l'ensemble des mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) sont réalisées régulièrement. Remarque : La direction doit s'assurer que la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.

Récapitulatif des écarts et des remarques

Nbre	Référence	Ecart
E1	1.1.1.2 – Conformité aux conditions de l'autorisation	Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95% (Article L313-4 du CASF)
E2	1.2.1.1 – Management et stratégie	Le règlement de fonctionnement ne fait pas mention d'une consultation du CVS pendant son élaboration (Article L311-7 du CASF)
E3	1.2.2.12 – Management et stratégie	L'établissement n'a pas transmis l'inscription à l'Ordre National des Infirmiers de l'IDE référente (Article L4312-1 du CSP)
E4	1.2.2.14 – Management et stratégie	La mission ne peut s'assurer de la conformité du temps de présence du médecin coordonnateur (Article D312-156 du CASF)
E5	1.2.2.15 – Management et stratégie	L'établissement n'a pas transmis l'inscription au Conseil National de l'Ordre des médecins du médecin coordonnateur (Article L4111-1 du CSP)
E6	1.3.3.1 – Animation et fonctionnement des instances	La direction de l'établissement n'a pas fixé de date pour l'élection des nouveaux membres au Conseil de la Vie Sociale. (Articles D311-4 à D311-20 du CASF)
E7	1.3.3.2 – Animation et fonctionnement des instances	Les Evénements Indésirables Graves ne sont pas présentés en réunion du Conseil de la Vie Sociale. (Article R331-10 du CASF)
E8	1.4.3.1 – Gestion de la qualité	L'établissement ne s'est pas doté d'un protocole de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance. (Articles L119-1 & L311-3, 1° du CASF, Circulaire relative à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance du 20 février 2014)
E9	1.4.3.2 - Gestion de la qualité	L'établissement ne s'est pas doté d'un protocole de gestion des situations de violences ou de harcèlement sexuel. (Articles L119-1 & L311-3, 1° du CASF, Circulaire relative à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance du 20 février 2014)
E10	1.5.1.3 – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Le protocole de signalement des EI/EIG de l'établissement ne permet pas une compréhension efficace du processus de signalement aux autorités compétentes pour le personnel (Article L331-8-1 du CASF).
E11	1.5.1.6 - Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Le protocole de signalement des EI et EIG de l'établissement ne permet pas la mission d'être assurée de la maîtrise de la distinction entre ces événements et de leur déclaration aux autorités administratives (Articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 du CASF).

E12	2.1.4.5 – Gestion des ressources humaines	L'équipe soignante de l'établissement n'est pas composée en nombre suffisant de professionnels diplômés. (Article L311-3, 1° du CASF)
E13	2.1.4.4 – Gestion des ressources humaines	Les missions entre aide-soignant, AES et auxiliaire de vie manquent de précisions, notamment quant à la réalisation des soins. (Articles L.4391-1 & R.4311-4 du CSP, D.451-88 et 89 du CASF, et arrêté du 10 juin 2021)
E14	3.1.4.4 - Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La Commission de Coordination Gériatrique ne se réunit pas au rythme nécessaire (Article D312-158, 3° du CASF)
E15	3.2.3.1 – Respect des droits des personnes	L'établissement n'a pas fourni de RAMA (Article D312-158, 10° du CASF)
E16	3.8.2.22 - Soins	L'établissement n'a pas fourni de protocole dédié à la délégation d'administration des médicaments par l'IDE (Article L311-3, 1° du CASF)
E17	3.8.2.25 - Soins	L'établissement n'a pas fourni de RAMA (Article D312-158, 10° du CASF)
E18	3.4.3.9 - Soins	La mission ne peut établir le caractère mensuel des pesées (Article L311-3, 3° du CASF)
E19	Amiante	Absence de fiche récapitulative permettant de vérifier la réalisation des travaux de confinement ou de retrait des matériaux amiantés dégradés, des évaluations périodiques et des autres repérages avant travaux réalisés depuis 2012.
E20	DASRI	Absence de convention convenablement renseignée. Les différents points décrits dans la colonne « observations » devront être corrigés.
E21	DASRI	Absence de transmission des bons de prise en charge accompagnés des bordereaux de suivi des déchets correspondants des six derniers mois.
E22	Légionelles	L'établissement n'a pas fourni les analyses légionelles des années N et N-1.
E23	Légionelles	Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur.

Nbre	Référence	Remarques
R1	1.2.1.1 – Management et stratégie	Le règlement de fonctionnement transmis n'est pas daté et signé.
R2	1.2.1.4 – Management et stratégie	La mission ne peut s'assurer que le règlement de fonctionnement a été signé ni validé par l'organisme gestionnaire et le CVS.
R3	1.2.2.8 – Management et stratégie	L'établissement ne dispose pas d'une procédure relative aux astreintes.
R4	1.2.2.12 – Management et stratégie	L'établissement n'a pas transmis le contrat signé par l'IDE référente.
R5	1.2.2.15 – Management et stratégie	L'établissement n'a pas transmis le contrat signé entre la structure et le médecin-coordonnateur.
R6	1.4.1.7 – Gestion de la qualité	L'établissement s'est doté d'un plan d'action dont la réalisation est insuffisante au regard des objectifs fixés.
R7	1.5.1.5 – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Le protocole de signalement de l'établissement ne contient pas de modalités de suivi pour les EIG.
R8	1.5.1.5 – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	La mission ne peut s'assurer que les actions et mesures appliquées par l'établissement en cas d'E/EIG sont incluses dans le plan d'amélioration continue de la qualité.
R9	2.1.1.3. - Gestion des ressources humaines	Le taux d'absentéisme de l'établissement reste élevé sans que la cause puisse être identifiée.
R10	2.1.1.6 – Gestion des ressources humaines	L'établissement n'a pas transmis l'ensemble des recrutements qui ont été effectués par intérim sur l'année écoulée.
R11	2.1.2.1 – Gestion des ressources humaines	Le plan de développement des compétences ne permet pas un accompagnement complet du résident et ne favorise pas la mobilité professionnelle des salariés.
R12	2.1.2.5 – Gestion des ressources humaines	Le protocole d'accueil des nouveaux arrivants est établi, relu et approuvé par la même personne sans intervention d'un tiers.
R13	2.1.2.5 – Gestion des ressources humaines	Les salariés ne bénéficient pas d'un groupe de parole ou d'un groupe d'analyse des pratiques.
R14	2.1.4.5 – Gestion des ressources humaines	L'établissement n'assure pas de façon systématique les remplacements des membres de l'équipe de soins et de l'équipe d'hébergement dans l'éventualité d'une absence imprévue ou programmée.
R15	2.1.4.2 – Gestion des ressources humaines	Les fiches de tâches heures de l'IDE et du soignant ne permettent pas de distinguer la répartition des activités de soins et son organisation entre ces deux professionnels.
R16	2.1.4.10 – Gestion des ressources humaines	Une des deux salariées de nuit n'est pas diplômée.

R17	2.1.4.10 – Gestion des ressources humaines	La traçabilité de la prise des médicaments la nuit n'est pas précisée dans la fiche de tâches horaires des salariés de nuit.
R18	3.1.1.1 – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Le protocole de l'établissement ne détaille pas le processus d'admission du résident dans la structure.
R19	3.1.4.5 - Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Les intervenants dans l'établissement n'utilisent majoritairement pas le logiciel de soin.
R20	4.2.1.2 – Coordination avec les autres secteurs	Les qualifications des intervenants paramédicaux n'ont pas été transmises.
R21	DASRI	Les 3 bons de prise en charge fournis ne sont systématiquement signés par le producteur et l'installation destinataire indiquée ne correspond pas à une des installations de traitement d'incinération indiquées dans la convention applicable à la date d'établissement de ces bons de prise en charge.
R22	Légionelles	La direction doit s'assurer que l'ensemble des mesures préventives relatives à la désinfection des éléments de robinetterie (mousseurs et pommeaux de douche) sont réalisées régulièrement.
R23	Légionelles	La direction doit s'assurer que la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD «Villa Jules Janin», géré par la «SAS Villa J. Janin» (DOMIDEP) a été réalisé le 19 juin 2023 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 :

- La répartition des résidents par GIR est conforme à la réglementation.
- L'établissement s'est doté d'un règlement de fonctionnement, d'un projet d'établissement et d'un plan bleu qui sont complets et contiennent les éléments prévus par la réglementation.
- Le Conseil de la Vie Sociale a bien été installé et se réunit régulièrement.
- Une enquête de satisfaction est bien réalisée annuellement auprès des résidents, familles et tuteurs, et les résultats sont analysés.
- L'établissement s'est engagé dans un processus d'évaluation externe et les points saillants sont bien identifiés.

–Prises en charge :

- L'établissement met en œuvre le Projet d'Accompagnement Individualisé du résident et en assure le suivi.
- Le système d'appel malade permet de mettre en évidence des délais de réponse satisfaisants.
- L'établissement dispose d'une convention avec une pharmacie d'officine.
- L'établissement s'est doté d'un protocole de dépistage et de lutte contre la douleur.
- L'établissement s'est doté d'un protocole de soins palliatifs et d'un protocole relatif à la fin de vie.

–Fonctions support :

- Il existe peu de postes vacants au sein de l'établissement.
- L'établissement s'est doté d'un plan de développement des compétences revu annuellement.
- L'établissement dispose de fiche de tâches heurées pour les personnels de l'équipe de soins.
- L'établissement a réalisé un protocole de gestion des remplacements.

Elle a également relevé des dysfonctionnements en matière :

- Le taux d'occupation des places en hébergement permanent est inférieur à 95 %.
- Le règlement de fonctionnement du CVS n'est pas conforme et les nouvelles élections pour son renouvellement n'ont pas encore été fixées.
- Les événements indésirables graves ne sont pas présentés en réunion du CVS.
- L'établissement ne s'est pas doté d'un protocole de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.
- L'établissement ne s'est pas doté d'un protocole de gestion des situations de violences ou de harcèlement sexuel.
- L'équipe soignante de l'établissement n'est pas composée en nombre suffisant de professionnels diplômés et les missions entre aide-soignant, AES et auxiliaire de vie manquent de précisions, notamment quant à la réalisation des soins.
- La Commission de Coordination Gériatrique ne se réunit pas au rythme nécessaire.
- L'établissement n'a pas fourni de protocole dédié à la délégation d'administration des médicaments par l'IDE.
- La mission ne peut établir le caractère mensuel des pesées.
- L'établissement ne dispose pas d'une procédure relative aux astreintes.
- L'établissement s'est doté d'un plan d'action dont la réalisation est insuffisante au regard des objectifs fixés.
- Le taux d'absentéisme de l'établissement reste élevé sans que la cause puisse être identifiée.
- Le plan de développement des compétences ne permet pas un accompagnement complet du résident et ne favorise pas la mobilité professionnelle des salariés.
- Les salariés ne bénéficient pas d'un groupe de parole ou d'un groupe d'analyse des pratiques.
- L'établissement n'assure pas de façon systématique les remplacements des membres de l'équipe de soins et de l'équipe d'hébergement dans l'éventualité d'une absence imprévue ou programmée.

- Les fiches de tâches heures de l'IDE et du soignant ne permettent pas de distinguer la répartition des activités de soins et son organisation entre ces deux professionnels.
- La traçabilité de la prise des médicaments la nuit n'est pas précisée dans la fiche de tâches horaires des salariés de nuit.
- Présence de risques environnementaux

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

Paris, le 27 juillet 2023

Frédéric MUSSO
Coordonnateur de la mission d'inspection
Responsable de la Mission Inspection des ESMS parisiens
Ville de Paris



Dalhia ELENGA
Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale
Délégation Départementale de Paris
ARS Ile-de-France



Sylvie DRUGEON
Ingénieure du Génie Sanitaire
Responsable du Pôle Santé Environnement
Délégation Départementale de Paris
ARS Ile-de-France



Glossaire

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

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 : Frédéric Musso
Courriel : frederic.musso@paris.fr
Téléphone : 01 71 27 01 93

Monsieur Frédéric MUSSO, coordonnateur de la mission d'inspection, responsable de la Mission d'Inspection des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

Madame Dalhia ELENGA, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

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

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

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

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

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

Saint-Denis, le 12 juin 2023

Mesdames, Messieurs,

En février 2022, 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.

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

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur-pièces de l'EHPAD La Ville Jules Janin (FINESS géographique 750800658) situé au 10 avenue Jules Janin – 75016 PARIS, géré par la Société DOMIDEP, qui sera mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

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

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

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

- Madame Dalhia ELENGA, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris ;
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de mission Secteur Personnes Agées, Délégation Départementale de Paris ;
- Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L 1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;
- 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 **lundi 12 juin 2023**. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. La mission pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

Après réception de ces documents, leur analyse par la mission donnera lieu à l'établissement d'un rapport qui sera remis dans un délai d'un 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.

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

Tanduy BODIN

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

Gaëlle TURAN-PELLETIER

Annexe 2 : Liste des documents demandés

Liste des pièces à fournir

Q1	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)
Q1	2	Grilles de suivi du nombre de journées réalisées pour chaque activité (PASA et UHR) pour l'année N-1 et le jour du contrôle
Q2	3	Règlement de fonctionnement
Q2	4	Plan des locaux de l'établissement
Q2	5	Projet d'établissement
Q2	6	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)
Q2	7	Organigramme comportant les noms et temps de travail des personnels (Excel si possible)
Q2	8	Diplôme du directeur de l'EHPAD
Q2	9	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD
Q2	10	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD
Q2	11	Procédures et/ou convention d'astreinte
Q2	12	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois + légende (Excel)
Q2	13	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD
Q2	14	IDEC : Contrat de travail, Fiche de poste ou feuille de route, Diplôme d'IDE et de Cadre de santé, Inscription à l'ordre des infirmiers
Q2	15	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, le dernier bulletin de salaire
Q3	16	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS
Q3	17	Les comptes rendus des CVS N et N-1
Q4	18	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation
Q4	19	Dernière évaluation externe
Q4	20	Dernière évaluation interne
Q4	21	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2
Q5	22	Registre des plaintes et réclamations
Q5	23	Les trois dernières réclamations et leur traitement
Q5	24	Procédure de gestion des événements indésirables et événements indésirables graves
Q5	25	Liste des EI et EIG des années N-1 et N
Q5	26	Liste des signalements au Procureur de la République des années N-1 et N
Q5	27	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les trois derniers EIG
Q6	28	Registre du personnel N-1 & N-2 comportant les indications sur les ETP (Excel)
Q6	29	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir + ETP (Excel)
Q6	30	Plan de développement des compétences (formation internes et externes) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1 (Excel si possible)
Q6	31	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)
Q6	32	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit + Légende (Excel)
Q6	33	Une fiche de tâches heurées, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AES (ou AMP), ASG, IDE
Q6	34	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie
Q7	35	Procédure d'admission des résidents
Q7	36	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)
Q7	37	Les 2 derniers CR de la commission de coordination gériatrique
Q7	38	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux

Q7	39	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (Excel disponible sur Collecte Pro)
Q7	40	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)
Q8	41	Livret d'accueil du résident
Q8	42	Contrat de séjour type et ses annexes
Q8	43	Procédure relative aux contentions
Q8	44	RAMA
Q9	45	Convention pharmacie EHPAD (sauf PUI) et procédure du circuit du médicament
Q9	46	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS
Q9	47	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur
Q9	48	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie
Q9	49	La liste des intervenants paramédicaux libéraux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) avec leur identité, leur qualification, leur planning et le nombre de résidents pris en charge
Q10	50	La fiche récapitulative (FR) du dossier technique amiante (DTA)
Q10	51	La convention de collecte avec prestataire des DASRI et bordereaux de suivi ou de prise en charge
Q10	52	Les analyses légionnelles réalisées sur le réseau d'eau chaude sanitaire (années N et N-1 ou années N-1 et N-2 si les prélèvements de l'année N se sont pas encore réalisés)
Q11	53	Relevé des évaluations dont a bénéficié le résident et le relevé des pesées et des IMC pour chaque résident accueillis dans la structure en année N-1 (Excel disponible sur Collecte Pro)



Liberté
Égalité
Fraternité

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



94/96 quai de la râpée
75012 Paris
Tel. : 01.43.47.77.77. / paris.fr

41/41