

Agence Régionale de Santé d'Île-de-France
Délégation départementale de Paris

Ville de Paris – Direction des Solidarités
Sous-direction de l'Autonomie

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) « Annie Girardot »
6/12 rue Annie Girardot, 75013 Paris
N° FINESS 75 004 767 2**

RAPPORT D'INSPECTION

N° 2023_IDF_00526

Inspection sur place du 4 octobre 2023

Mission conduite par

- Madame Dalhia ELENGA, coordonnatrice de la mission d'inspection, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARS Île-de-France, Délégation départementale de Paris ;
- Madame Firyel ABDELJAOUAD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris ;
- Monsieur Frédéric MUSSO, responsable de la mission d'inspection des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris ;

Accompagnée par

- Docteur Sylviane KOHN-SCHERMAN, conseillère médicale, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP, Direction départementale de Paris, ARS Île-de-France ;
- Monsieur Ritchcard BERVIN, désigné personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du CSP, Direction de l'Autonomie, ARS Île-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
- Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discréption 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.

TABLE DES MATIERES

Synthèse	5
Introduction	7
I. Gouvernance :	10
1.1 Conformité aux conditions de l'autorisation	10
1.2 Management et stratégie	10
A. La direction de l'établissement.....	10
B. Le climat social.....	10
C. Le projet d'établissement.....	10
D. Le plan bleu.....	11
1.3 Animation et fonctionnement des instances de participation des familles	11
A. Composition.....	11
B. Réunions	11
C. Ordres du jour	12
1.4 Gestion de la qualité	13
A. La démarche.....	13
B. Les évaluations interne et externe	16
C. La promotion de la bientraitance	17
1.5 Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	17
D. Les enquêtes de satisfaction.....	17
E. Les réclamations	17
F. Les évènements indésirables.....	18
G. Les évènements indésirables graves.....	18
II. Les ressources humaines	20
2.1 La situation générale des effectifs (2.1.1.1)	20
2.2 Le recrutement (2.1.2.5)	22
2.3 Le recours aux CDD et à l'intérim (2.1.1.3, 2.1.1.6, 2.1.4.7)	22
2.4 L'organisation des modalités de travail (2.1.3, 2.1.4)	22
A. Les fiches de postes	22
B. Les fiches de tâches heurées	23
C. Les plannings	23
D. Les glissements de tâches.....	25
E. Les réunions.....	26
2.5 Les dossiers du personnel (2.1.1.7)	26
2.6 Les professionnels et prestataires externes (2.1.1.8)	26
2.7 La formation (2.1.2.1, 2.1.2.3).....	26
III. Les locaux	28
3.1 Les affichages obligatoires (1.2.3.5)	28
3.2 La visite du bâtiment.....	28
3.3 La sécurité des résidents	29
A. La prévention des sorties à l'insu du personnel de la résidence	29
B. La gestion des DASRI	29
IV. La prise en charge des résidents	30

4.1 L'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.....	30
A. Le profil des personnes accueillies	30
B. La procédure d'admission	30
C. Le projet personnalisé	30
D. La commission de coordination gériatrique	31
E. Les temps de transmission	31
F. L'intervention des médecins traitants.....	31
4.2 Le respect des droits des personnes.....	31
G. L'accès des résidents aux informations réglementaires.....	31
H. La tenue des dossiers administratifs des résidents	32
I. Le contrat de séjour et le livret d'accueil	32
J. La participation des familles.....	32
K. La liberté d'aller et venir	32
L. Le rôle des bénévoles	32
M. L'identification des résidents.....	33
4.3 La vie sociale et relationnelle (3.3.2.1, 3.3.2.2)	33
4.4 La vie quotidienne (3.4.0)	33
N. Les chambres et les espaces de convivialité	33
O. La restauration	34
P. La lingerie	35
V. Soins.....	37
5.1 L'équipe de soin	37
A. Les soignants.....	37
B. L'équipe paramédicale	38
5.2 La prise en charge sanitaire des résidents	38
A. La prise en charge nutritionnelle.....	38
B. Les soins de peau et le suivi de la douleur.....	39
C. L'Organisation des soins	40
5.3 Le circuit du médicament	41
Récapitulatif des écarts et des remarques	42
Conclusion	47
Glossaire.....	49
Annexes	50
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	50
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	52
Annexe 3 : Liste des entretiens.....	55

Synthèse

Données générales sur l'établissement			
Nom	Annie GIRARDOT	Capacité hébergement permanent	100
Adresse	6-12 rue Annie Girardot – 75013 PARIS	Places habilitées aide sociale	Oui
Arrondissement	13 ^{ème}	Présence d'une UVP	
Gestionnaire	CASVP	Places en UHR	
Statut juridique	EHPAD public	Places en PASA	14
L'établissement a signé un CPOM le 01/01/2023			
Eléments déclencheurs de la mission			
<p>La présente inspection, 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.</p>			
Méthodologie suivie et difficultés rencontrées			
<p>L'inspection a été réalisée en mode inopiné, associant conjointement l'ARS et la Ville de Paris.</p> <p>L'analyse a porté sur les constats faits sur pièce et sur place. L'inspection s'est déroulée sans difficultés particulières.</p> <p>Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement. Ces investigations ont relevé les éléments suivants :</p>			
Points positifs de l'établissement relevés par la mission			
<p>GOUVERNANCE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conformité aux conditions de l'autorisation <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les conditions d'exercice telles que posées dans l'autorisation sont respectées. 2. Management et Stratégie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les missions de l'équipe d'encadrement sont clairement réparties entre directeur, cadre administrative et cadre des soins. ▪ Les diplômes de l'équipe d'encadrement correspondent à leurs missions, et ceux des médecins intervenant dans l'EHPAD. ▪ Les fiches de postes du directeur, des adjointes et du médecin sont à jour. ▪ Les astreintes et les plannings sont bien organisés et la procédure d'appel des cadres d'astreinte est maîtrisée par les agents. ▪ Les comptes rendus des CODIR sont tenus et répertoriés. 3. Animation et fonctionnement des instances <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le CVS est mis en place et est réuni régulièrement dans le respect de la réglementation. 4. Gestion de la qualité <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'établissement dispose d'un plan d'amélioration continue de la qualité ainsi que d'un plan d'amélioration de critères impératifs. 5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'établissement est doté de deux procédures pour le traitement des événements indésirables graves. 			
<p>RESSOURCES HUMAINES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La situation générale des effectifs <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'effectif présent est en nombre suffisant et l'équipe est globalement stable. 2. Le recours aux CDD et à l'intérim <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les contractuels représentent 14 % de l'équipe. ▪ Le taux d'absentéisme reste en deçà de la moyenne nationale. 3. L'organisation des modalités de travail <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les plannings sont dans l'ensemble respectés, même si une attention sur les congés d'été doit être portée. 4. Les dossiers du personnel <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les dossiers du personnel sont globalement bien tenus et complets. 5. La formation <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une politique ambitieuse de formation qui inscrit un grand nombre d'agents dans un parcours de formation, y compris les agents contractuels. 			
<p>LES LOCAUX</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les affichages obligatoires <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les affichages réglementaires sont présents et accessibles tant aux résidents qu'aux agents. 2. La visite du bâtiment <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les chambres sont bien entretenues et les conditions d'hébergement répondent aux besoins des résidents dans des locaux globalement agréables. ▪ L'emplacement et l'ouverture de l'établissement sur la cité permet aux résidents autonomes d'effectuer des promenades seuls ou accompagnés dans le quartier. 			

3. La sécurité des résidents

- L'accès à l'établissement est sécurisé par une double porte à code et la présence d'un accueil.

PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS

1. L'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

- La procédure d'admission et de sortie est établie.

2. Le respect des droits des personnes

- Les droits des personnes sont respectés, mais doivent être complétés par des documents actualisés.

3. La vie sociale et relationnelle

- Des sorties sont organisées pour des activités culturelles avec des résidents autonomes.

- Des conventionnements avec l'extérieur sont passées, surtout dans le domaine de l'animation.

4. La vie quotidienne

- Plusieurs acteurs au sein de l'établissement proposent diverses activités aux résidents, comme la présence d'enfants des écoles maternelle et primaire pour des activités intergénérationnelles.

SOINS

1. L'équipe de soins

- L'équipe de soins est au complet, cependant, une organisation fonctionnelle des tâches est nécessaire.

2. La prise en charge sanitaire des résidents

- La prise en charge des résidents est assurée par la présence des deux médecins et une équipe de soins complète.

3. Le circuit du médicament

- L'organisation des soins est maîtrisée.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

L'établissement est concerné par 1 (un) écart majeur, 18 (dix-huit) écarts et 19 (dix-neuf) remarques.

Ecart majeur :

- L'établissement ne dispose plus de médecin coordonnateur.

Principaux écarts :

- L'établissement ne dispose pas de plan bleu.
- Le plan de formation ne mentionne pas les différentes formations liées au repérage et à la sensibilisation de la maltraitance.
- L'établissement n'a pas présenté à la mission les résultats des enquêtes de satisfaction réalisées ces deux dernières années.
- Il n'a pas été mis à la disposition des usagers un registre de réclamations.
- L'établissement n'applique pas de façon rigoureuse la procédure de déclaration des EIG.
- Des EIG ne sont pas déclarés aux autorités administratives compétentes, voire aux autorités judiciaires.
- L'absence de fiches de tâches heurees ne permet pas de garantir que les tâches soient accomplies par des personnes qualifiées.
- L'effectif aide-soignant prenant en charge les résidents la nuit pendant les congés ne permet pas toujours de garantir la qualité d'une prise en charge individualisée.
- L'absence d'IDE l'après-midi ou la présence d'un seul IDE le matin ne permet pas de garantir que les tâches décrites à l'article R.4311-5 du CSP sont exclusivement exercées par des infirmiers, et expose à un glissement de tâches.
- L'absence de différenciation des tâches aides-soignantes et ASO au chevet fait courir les risques de glissements de tâches.
- La gestion des DASRI contrevient aux articles R.1335-1 et 2 du CSP.
- Les modalités de chutes, escarres, déglutition, douleur ne sont pas expressément décrites dans la procédure d'admission.
- Il n'existe pas de commission de coordination gériatrique.
- L'intervention des médecins traitants n'est pas clairement spécifiée et encadrée.
- Les formations relatives à la prise en charge de la douleur et aux plaies et cicatrisations sont suivies par une partie seulement des effectifs présents.

Principales remarques :

- Le plan d'amélioration continue de la qualité et les actions menées sont peu, voire pas lisibles dans leur contenu, leur déroulé et leur effectivité. Aucune démarche d'actualisation des actions à mettre en place n'est prévue.
- Les procédures de déclaration des EIG ne sont pas réactualisées, ni complètes et ne favorise pas une déclaration sans délai.
- L'établissement n'a pas formalisé de procédure en cas d'absence inopinée du personnel.
- La formation Bientraitance ne fait pas partie du parcours obligatoire des IDE et des AS.
- Il n'existe pas de documents et de calendriers qui montrent les échanges sur les pratiques professionnelles selon les recommandations de la HAS.
- Les plans de table du rez-de-chaussée et du rez-de-jardin, indiquant les textures et/ou régimes particuliers des résidents, à destination des professionnels de service, sont non datés ou non mis à jour.
- L'insuffisance de données concernant le suivi des résidents ne permet pas de garantir la qualité de la prise en charge nutritionnelle des résidents.
- L'analyse des dossiers médicaux fait apparaître une prescription médicale comportant une poly médication de 16 médicaments d'administration orale (gel, cp ou ampoule), dont certains nécessitent plusieurs prises dans la journée.

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 d'inspection

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD « Annie GIRARDOT », situé au 6-12 rue Annie Girardot – 75013 PARIS, n°FINESS géographique 75 004 767 2, dans la programmation des inspections à réaliser dans le cadre de ce plan.

L'inspection de cet établissement, diligentée à ce titre sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de réaliser une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

Modalités de mise en œuvre

Cette inspection a été réalisée sur place le 4/10/2023, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée). Elle a été réalisée conjointement par l'ARS et par la Ville de Paris.

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

I- GOUVERNANCE

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

II- RESSOURCES HUMAINES

1. La situation générale des effectifs
2. Le recrutement
3. Le recours aux CDD et à l'intérim
4. L'organisation des modalités de travail
5. Les dossiers du personnel
6. Les professionnels et prestataires externes
7. La formation

III- LES LOCAUX

1. Les affichages obligatoires
2. La visite du bâtiment
3. La sécurité des résidents

IV- PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS

1. L'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
2. Le respect des droits des personnes
3. La vie sociale et relationnelle
4. La vie quotidienne

V- SOINS

1. L'équipe de soins
2. La prise en charge sanitaire des résidents
3. Le circuit du médicament

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 figurent en **annexe 2**.

Présentation de l'établissement

Situé au 6-12 rue Annie Girardot 75013 Paris, l'EHPAD « Annie GIRARDOT » est géré depuis son ouverture par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP), N° Finess 750750583 dont le siège est situé au 5 Boulevard Diderot, 75012 Paris.

Ouvert le 24/10/2012, l'EHPAD « Annie GIRARDOT » dispose de 100 places en hébergement permanent et 14 de PASA habilité l'aide sociale.

Selon les PV de validation en date du 9 décembre 2021, le GMP s'élève à 760 et le PMP à 2571. Aussi, les données de l'EHPAD sont au-dessus des chiffres médians régionaux.

Capacité d'accueil : 100 HP + 14 places de PASA

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD Annie GIRARDOT					
IDF ² 2021					

Le jour de l'inspection, l'EHPAD comptait 96 résidents avec une répartition par GIR de la manière suivante : [REDACTED]

Le taux d'occupation en 2022 : 96,7%³

La dotation 2023 s'élève à 3 202 001,03 €, dont 712 374 € au titre de la dépendance et 2 480 627,03 € au titre du soin.

La Convention tripartite a été signé en 2012. Le CPOM a été signé avec une prise d'effet au 01/01/2023.

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Annie Girardot		
Nom de l'organisme gestionnaire	CASVP		
Numéro FINESS géographique	75 004 767 2		
Numéro FINESS juridique	75 072 058 3		
Statut juridique	Public		
Option tarifaire	Tarif global		
PUI	OUI		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée
	HP	100	100
	HT		
	PASA	14	14
	UHR	0	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	100		

¹ Source CNSA

² ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2021, EHPAD

³ Source : ERRD 2022.

	Année 2016	Année 2021	
PMP Validé		[REDACTED]	
GMP Validé	[REDACTED]	[REDACTED]	

Constats

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

La grille est renseignée de la façon suivante :

- Remarque : non-conformité par rapport à une recommandation de bonne pratique et/ou à un standard référencé.
- Écart : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire.

I. Gouvernance :

1.1 Conformité aux conditions de l'autorisation

Conformément à l'autorisation accordée le 17/12/2009, l'EHPAD Annie GIRARDOT dispose le jour de l'inspection d'une capacité d'accueil de 100 lits, en plus de 14 places de PASA.

1.2 Management et stratégie

A. La direction de l'établissement (1.2.2)

L'établissement est géré par un Directeur en poste depuis 2016 avec le statut de contractuel et de deux adjoints (la cadre de santé et l'adjointe en charge des ressources humaines).

Les relations avec l'organisme gestionnaire (1.2.2.5)

Les relations avec l'organisme gestionnaire se manifestent par une délégation d'autorité et de pouvoir relatif. L'organisme gestionnaire détient les pouvoirs de décision et financier.

Le Directeur (1.2.2.1, 1.2.2.6, 1.2.2.7, 1.2.2.10, 1.2.2.11)

Les pouvoirs du Directeur sont relativement limités car il ne dispose pas de document unique de délégation. Sa mission consiste en une gestion quotidienne de l'établissement et des projets (validation et signature des bons de commandes). Il est le chef de la sécurité de l'établissement, cependant, il ne programme pas les travaux.

Le Médecin coordonnateur (1.2.2.14, 1.2.2.15, 1.2.2.17)

L'établissement n'a plus de médecin coordonnateur au sein de son équipe depuis le 28 août 2023. Cette mission est assurée par les médecins intervenant sous contrat.

Ecart n°1 : L'établissement ne dispose plus d'un médecin coordonnateur conformément à l'article D.312-158 du CASF

Les astreintes de direction (1.2.2.8)

Les astreintes de direction sont gérées par le Directeur et les deux directrices adjointes. Elles sont publiées sur les panneaux et les agents ont facilement accès au cadre d'astreinte pendant leur service.

B. Le climat social (1.2.2.3)

Le climat social est serein entre la direction et les agents après une période de tumultes causée par une grève. Les agents avaient contesté sans succès la mise en place de glissements de tâches décidés par l'organisme gestionnaire concernant les agents de soins les obligeant à exécuter des tâches d'entretien. Il existe néanmoins un engagement professionnel des agents dans l'exercice de leurs missions. Les équipes sont très stables avec un faible taux d'absentéisme.

C. Le projet d'établissement (1.2.1.4, 1.2.1.5)

L'établissement a présenté à la mission d'inspection un projet d'établissement en vigueur jusqu'en 2023 et en cours d'actualisation

Remarque 1 : Le projet d'établissement n'est plus en vigueur, son actualisation est en cours et n'a pas encore été communiqué.

D. Le plan bleu (1.2.1.6)

L'établissement n'a pas présenté à la mission d'inspection un plan bleu conformément à ce que prévoit les dispositions en vigueur.

Ecart n°2 : L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu conformément à l'article D.312.160 du CASF et et l'INSTRUCTION INTERMINISTÉ-RIELLE N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

1.3 Animation et fonctionnement des instances de participation des familles

Un Conseil de la Vie Sociale est installé au sein de tous les EHPAD du CASVP. Le règlement intérieur est approuvé par le Conseil d'Administration du CASVP et s'applique aux CVS de tous les EHPAD.

A. Composition (1.3.3.0)

Le décret n°2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation a modifié la composition du conseil de la vie sociale au sein des EHPAD à compter du 1^{er} janvier 2023.

En application de la réglementation actuellement en vigueur la direction de l'EHPAD a procédé à des élections afin d'en modifier la composition. Ces élections se sont déroulées le 6 avril 2023 et ont été annoncées lors de la séance du CVS du 14 mars 2023. Elles ont permis d'élire des représentants du personnel, des résidents et des familles. Les procès-verbaux fournis ont permis de constater un taux de participation de 48,72 % pour le personnel et de 36,96 % pour les résidents et pour les familles.

La nouvelle composition a été appliquée lors de la séance suivante, soit le 13 juin 2023. Le CVS est désormais composé de 11 membres répartis de la façon suivante, conformément à la réglementation en vigueur :

	Titulaires	Suppléants
Représentants des personnes accompagnées	3	3
Représentants des familles ou proches aidants et représentants légaux des personnes accompagnées	3	3
Représentants des professionnels et membres de l'équipe médico-soignante	2	2
Bénévoles	1	1
Médecin coordonnateur	1	1
Représentant de l'organisme gestionnaire	1	1

Le président est élu en son sein par les membres. Le directeur de l'EHPAD assiste au conseil avec voix consultative.

B. Réunions

Le CVS de l'EHPAD Annie Girardot se réunit régulièrement et les comptes rendus fournis ont permis de déterminer le calendrier suivant dans le respect de l'article D.311-16 du CASF :

- 2021 : 7 janvier / 14 avril / 15 juin / 28 septembre, soit 4 réunions ;
- 2022 : 7 février / 24 mai / 20 septembre / 6 décembre, soit 4 réunions ;
- 2023 : 14 mars / 13 juin / prochaine réunion le 26 septembre, soit au jour de l'inspection 3 réunions.

Les réunions du conseil sont adressées par messagerie aux différents membres au nom du président par la direction de l'établissement. Le délai de convocation n'est pas toujours respecté, même si la date du conseil est connue dès la séance précédente. Le procès-verbal de la séance est approuvé à la séance suivante et est signé du président, mais pas du secrétaire de séance. Une feuille d'émargement atteste des membres présents. La désignation du secrétaire de séance n'est pas systématiquement mentionnée et les procès-verbaux ne précisent pas si le « quorum » est atteint. Les avis ne sont valablement émis que si le nombre des représentants titulaires des personnes accompagnées et des représentants titulaires des familles ou des proches aidants et représentants légaux des personnes accompagnées présents est supérieur à la moitié des membres titulaires présents.

Le nouveau règlement intérieur approuvé en Conseil d'Administration du CASVP le 16 décembre 2022 a été présenté lors de la première séance du CVS après les élections, soit le 13 juin 2023. Ce nouveau règlement n'a pas fait l'objet d'un vote, seuls les aménagements propres à l'établissement ont été présentés en séance.

Celui-ci comprend les points suivants :

- Composition, présidence et durée,
- Attributions,
- Convocation,
- Secrétariat, déroulement des séances, votes,
- Relevé de conclusions,
- Suivi des avis donnés par le conseil,
- Approbation du règlement intérieur du conseil de la vie sociale.

Ecart n°3 : Le délai de convocation n'est pas toujours respecté et les procès-verbaux ne précisent pas si le quorum est atteint, ce qui contrevient aux articles D.311-16 et D.311-17 du CASF.

C. Ordres du jour

L'ordre du jour de la séance et les documents en support sont adressés aux membres en même temps que la convocation. Sur l'ensemble des séances qui se déroulent dans l'année, les ordres du jour permettent de balayer un large éventail de sujets relatifs à la vie de l'établissement. Ces ordres du jour s'appuient généralement sur une présentation via un Powerpoint et des documents joints qui peuvent être de différents ordres suivant les sujets évoqués (tableau des dépenses, devis, chartes, organigramme, tableau des effectifs, plannings de travaux, rapports d'activité...). Les élections et les questions relatives au fonctionnement du CVS sont également évoquées.

Les principaux points à l'ordre du jour sont les suivants :

- Approbation du compte-rendu de la séance précédente,
- Questions des résidents et des familles,
- Actualités de l'établissement :
 - o Point Covid,
 - o Ressources Humaines,
 - o Finances,
 - o Animation et vie sociale,
 - o Travaux,
 - o Qualité et gestion des risques,
- Le rapport d'activité et des données relatives à l'activité de l'établissement,
- La vie de l'EHPAD, notamment les questions relatives aux soins, à l'hygiène et à la sécurité,
- Le bilan des plaintes, des réclamations et des événements indésirables,
- Les résultats de l'enquête de satisfaction.

A partir des ordres du jour et des comptes rendus, le conseil de la vie sociale apparaît comme un lieu d'échange entre les professionnels, les résidents et les familles. Une amélioration du suivi des demandes des résidents ou des familles passe par l'ajout d'un point spécifique à l'ordre du jour et dans le compte-rendu.

1.4 Gestion de la qualité

A. La démarche (1.4.1.7)

Le projet d'établissement a été rédigé en 2018 et couvre la période 2019-2023, il doit donc être revu et réactualisé. Celui-ci met en avant les valeurs à la fois prônées par le CASVP et celles propres à l'établissement. Ainsi, il est possible de noter les valeurs suivantes :

Page 4

- Solidarité,
- Goût de l'exigence,
- Ouverture,
- Innovation,
- Respect,
- Equité,
- Droit de vivre dans un environnement propre et agréable,
- Non-discrimination.

Page 13

- Respect,
- Solidarité,
- Loyauté,
- Tolérance,
- Engagement et bienveillance,
- Humanité,
- Soutien,
- Accompagnement,
- Innovation,
- Créativité.

Le travail de diagnostic, à l'appui d'une évaluation interne et d'une évaluation externe, a permis de dégager des axes stratégiques pour la mise en œuvre du projet d'établissement dans les cinq années à venir. Les axes qui entrent dans une amélioration de la gestion de la qualité sont, notamment, les suivants (page 16) :

- Développer et soutenir la politique de bientraitance,
- Harmoniser et évaluer les pratiques (PAP, l'annexe droits et liberté, les FBR...),
- Assurer la transparence de l'organisation et du fonctionnement vis-à-vis des résidents et des familles,
- Développer la place de la famille,
- Améliorer l'organisation des soins et les accompagnements spécifiques des personnes âgées,
- Prodiguer des soins médicaux de qualité sans discrimination,
- Proposer une prise en charge adaptée et personnalisée,
- Assurer la sécurité des lieux de vie et la protection des personnes et de leurs biens,
- Préserver l'adéquation des prestations hôtelières aux besoins de la personne âgée,
- Développer et favoriser la vie sociale des résidents,
- Poursuivre l'intégration de l'établissement dans le réseau gérontologique local et renforcer le partenariat avec les établissements de santé,
- Améliorer la politique des ressources humaines,
- Formaliser et mettre en œuvre les nouvelles organisations de travail centrées sur le résident,
- Poursuivre la démarche continue de la qualité ; mettre en place des outils formalisés permettant une évaluation permanente.

Ces axes stratégiques sont trop nombreux pour donner une lisibilité à l'action souhaitée par l'établissement en termes d'amélioration de la prise en charge des résidents. Une réflexion n'a pas été conduite afin de les hiérarchiser et de les sérier dans le but de les décliner en objectifs opérationnels portés par les valeurs mises en avant. Il est possible d'établir un lien pour une partie d'entre eux avec les objectifs du plan.

L'établissement dispose d'un plan d'amélioration continue de la qualité dont les actions couvrent la période de 2016 à 2023. Il se décline en grands thèmes, à l'intérieur desquels sont fixés des objectifs qui se déclinent eux-mêmes en une ou plusieurs actions. Chaque objectif est confié à un responsable clairement identifié, ainsi que les actions, sauf pour 5 d'entre elles.

Ce PACQ est important de par le nombre de mesures à conduire et l'éventail de celles-ci puisqu'il est composé de 57 objectifs, classés en 5 thèmes, qui se déclinent en 165 actions de la façon suivante :

- Projet hôtelier :
 - o Adapter la prestation d'entretien et d'hygiène des locaux aux besoins des résidents,
 - o Améliorer la surveillance de la qualité de l'eau,
 - o Améliorer le bio-nettoyage en salle à manger et offices alimentaires d'étages,
 - o Améliorer le respect de RABC,
 - o Assurer la traçabilité du nettoyage,
 - o Assurer le nettoyage à la vapeur,
 - o Assurer une maintenance des locaux efficace,
 - o Audit de circuit du linge,
 - o Proposer un cadre de vie agréable et sécurisant,
- Démarche qualité et gestion des risques :
 - o Améliorer la traçabilité des températures en offices alimentaires,
 - o Améliorer la traçabilité du nettoyage des offices alimentaires,
 - o Améliorer le contrôle de la température des aliments froids et chauds dans les offices des étages,
 - o Améliorer le lavage des mains des résidents,
 - o Assure l'entretien des fontaines,
 - o Diffuser le CAT en cas de température non conformes des repas et réfrigérateurs,
 - o Faire une note d'information intégrée au livret d'accueil pour alerter sur la nécessité de mettre les denrées alimentaires personnelles dans des boîtes hermétiques,
 - o Organiser une démarche de gestion des risques,
 - o Organiser une formation pour les services logistiques et techniques ou vérifier l'attestation de formation,
 - o Passer une convention spécifique pour l'EHPAD Annie Girardot avec l'hôpital de la Pitié Salpêtrière,
 - o Prévenir et traiter les infections,
 - o Promouvoir la bientraitance et organiser la lutte contre la maltraitance,
 - o Promouvoir une démarche d'amélioration continue de la qualité,
 - o Rappel des précautions standards,
 - o Rédiger, valider et diffuser le protocole concernant la distribution des repas en rajoutant l'hygiène des mains des agents et des résidents ainsi que la protection de la tenue pour le service,
 - o Vérifier notre choix de détergents et désinfectants par rapport aux normes,
- Projet de vie :
 - o Assurer l'accueil personnalisé de l'admission et de l'entrée,
 - o Définir la place des familles dans l'institution et dans la prise en charge des résidents,
 - o Organiser la prise en charge de la fin de vie et les soins palliatifs,
- Projet social et managérial :
 - o Décliner au plan local le plan de prévention et de lutte contre l'absentéisme,
 - o Développer la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences,
 - o Développer le système d'information de l'établissement,
 - o Organiser une approche qualitative de la gestion des ressources humaines et soutien au management,
- Projet de soins :
 - o Evaluer l'état de santé du résident et lui proposer des soins adaptés,
 - o Faire participer les résidents à la journée d'hygiène des mains,
 - o Favoriser l'autonomie pour la toilette,
 - o Organiser les coopérations et l'inscription dans la filière gériatrique,
 - o Prendre en charge les personnes désorientées,
 - o Prévenir et prendre en charge l'incontinence,
 - o Prévenir et traiter la douleur,
 - o Prévenir la dénutrition,
 - o Prévenir la déshydratation,
 - o Promouvoir l'hygiène bucco-dentaire,
- Sans thème identifié :
 - o Formaliser la fiche déchet,

- Formation interne par les correspondants en hygiène,
- Formation sur le protocole du bio-nettoyage des AS et ASO,
- Organiser l'hygiène des mains des résidents,
- Organiser la formation à l'hygiène des personnels administratifs,
- Organiser la supervision bucco-dentaire au sein de l'établissement,
- Organiser le tri dès la production,
- Personnaliser l'affiche interne du circuit des déchets,
- Poursuivre le suivi de l'hydratation par les verres connectés,
- Prendre les températures quotidiennement et assurer la traçabilité,
- Promouvoir la vaccination anti-pneumocoque,
- Valider le qui fait quoi et le diffuser aux AS.

Il est à noter que certains objectifs sont redondants et que d'autres ne sont classés dans aucun thème, alors qu'un petit nombre est rattaché à plusieurs thèmes. Le mélange des thèmes ne permet pas d'en avoir une grande lisibilité et une déclinaison chronologique n'apporte pas plus de clarté puisque qu'un objectif peut comprendre plusieurs actions qui se déroulent sur plusieurs années. Toutes les actions en cours ou non traitées sont à échéance au 31 décembre 2023. Le plan n'apporte pas d'informations relatives au contenu des actions réalisées ou en cours.

Remarque 2 : Le plan d'amélioration continue de la qualité et les actions menées sont peu, voire pas lisibles dans leur contenu, leur déroulé et leur effectivité. Aucune démarche d'actualisation des actions à mettre en place n'est prévue par l'établissement.

Sa réalisation s'est étalée sur six années et permet au jour de l'inspection d'en dresser le constat suivant :

- 111 actions sont traitées (67,3 %),
- 43 actions sont en cours (26,1 %),
- 7 actions sont non traitées (4,2 %),
- 4 actions sont annulées (2,4 %).

Ce sont plus de 30 % des actions qui ne sont pas finalisées à la date de l'inspection alors que le plan prend fin au 31 décembre 2023.

L'objectif relatif à la promotion d'une démarche d'amélioration continue de la qualité, notamment son action relative au maintien d'un rythme des COPIL est indiquée comme traitée. Les comptes rendus de ces COPIL n'ont pas été remis à la mission d'inspection, celle-ci n'a pu prendre la mesure de la mise en œuvre de ce PACQ, des difficultés éventuelles rencontrées et de la façon dont l'information est partagée avec les membres du COPIL.

Il n'a pas été possible à la mission d'inspection d'identifier le responsable de la qualité au sein de l'établissement.

Remarque 3 : L'établissement n'a pas transmis les comptes rendus des COPIL du PACQ sur les années 2022 et 2023.

L'établissement s'est également doté d'un plan d'action de critères impératifs, document de quatre pages non daté, issus des résultats de l'évaluation externe. Celui-ci déroule 8 critères eux-mêmes déclinés en une ou plusieurs actions. Il est possible de repérer les 8 thèmes suivants :

- La liberté d'aller et venir des résidents,
- La confidentialité des données et leur traitement,
- La sensibilisation sur la sécurisation et traçabilité des soins,
- L'amélioration du traitement des plaintes et leur visibilité,
- La formalisation d'une procédure sur les plaintes et réclamations,
- L'amélioration de la traçabilité des événements indésirables,
- La formalisation d'un plan de gestion de crise et de continuité, et son effectivité,

- La communication sur le plan de gestion de crise tant en interne qu'en externe.

Ce plan mentionne un référent par critère ou par action, selon sa fonction et non son nom comme précédemment, une date d'échéance dont la plus tardive est décembre 2023 et une date d'évaluation dont la plus tardive est avril 2024. L'articulation avec le PACQ n'est pas précisée. Le plan comporte des indicateurs qui servent à mesurer les attendus pour les critères ou les actions et par la même occasion les moyens que l'établissement devra mettre en œuvre pour répondre aux objectifs fixés. Tel que présenté, le plan ne permet pas de connaître son état d'avancement et de progression, ni la façon dont l'établissement s'y prend pour atteindre les objectifs.

Remarque 4 : La démarche d'amélioration de la qualité de l'établissement nécessite une clarification afin d'en saisir les enjeux, la mise en œuvre et les résultats.

B. Les évaluations interne et externe (1.4.2.1)

Une évaluation externe a été réalisée en mai 2023. Celle-ci aborde l'EHPAD en trois chapitres qui sont : la personne, les professionnels et l'établissement. Chaque chapitre se décline en thématiques, elles-mêmes déclinées en objectifs, eux-mêmes déclinés en critères. Chacun est noté selon un barème de 1 à 4, voire d'une étoile (*) s'il y a optimisation. Les notes globales pour chaque chapitre sont les suivantes :

- Chapitre 1 : la personne : 3,81
- Chapitre 2 : les professionnels : 3,81
- Chapitre 3 : l'établissement : 3,78

Seules les notes inférieures à 3 sont reprises ci-dessous (en gras les critères impératifs) :

- Objectif 1.3 : la personne accompagnée est associée à la révision des règles de vie collective ou des modalités de fonctionnement du service : 2
- Objectif 1.5 : la personne accompagnée est actrice des instances collectives ou de toutes autres formes de participation. Sa participation effective est favorisée : 2,33
- **Critère 2.2.1** : les professionnels soutiennent la liberté d'aller et venir de la personne accompagnée : 2
- **Critère 2.2.7** : l'établissement garantit la confidentialité et la protection des informations et données relatives à la personne accompagnée : 3, dont :
 - o L'établissement met à disposition des moyens et des outils permettant la mise en œuvre de ces pratiques : 2
 - o L'établissement forme / sensibilise les professionnels au respect des règles de confidentialité et de protection des informations et données relatives à la personne accompagnée : 2
- Critère 2.8.3 : les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés au repérage, à la prévention et à la gestion des risques de rupture de parcours de la personne accompagnée : 2
- Critère 3.8.6 : les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés aux bonnes pratiques professionnelles (RBPP), procédures et références spécifiques à leur cadre d'intervention : 2
- **Critère 3.13.2** : l'établissement communique sur le traitement des événements indésirables auprès des parties prenantes : 3, dont :
 - o L'établissement communique sur les événements indésirables auprès des parties prenantes ; 2
 - o Entretien avec les membres du Conseil de la Vie Sociale : 2

Il est à noter que le critère suivant est optimisé sur l'un de ses points d'évaluation :

- L'établissement promeut une politique favorisant la qualité de vie au travail (l'établissement définit une politique de Qualité de Vie au Travail).

L'évaluation de l'établissement est globalement positive, une majorité de critères sont notés à 4 et aucun ne reçoit une note inférieure à 2. Les points critiques sont repris dans le plan de critères impératifs (Cf. partie A ci-dessus).

L'établissement a également réalisé une évaluation interne en 2022. Celle-ci fait apparaître quatre critères plus faibles sur lesquels l'établissement doit progresser :

- Chapitre 1 : la personne : Bientraitance et éthique : 3 / 4
- Chapitre 2 : les professionnels : Bientraitance et éthique : 3 / 4
- Chapitre 2 : les professionnels : Accompagnement à l'autonomie : non évalué
- Chapitre 3 : l'établissement : Démarche qualité et gestion des risques : 3,15 / 4

Aucun document n'a été fourni par l'établissement permettant d'établir que ces quatre critères ont été repris dans le plan d'amélioration continue de la qualité ni dans le plan de critères impératifs.

C. La promotion de la bientraitance (1.4.3.1, 1.4.3.2, 1.4.3.3)

Il n'a pas été possible à la mission d'inspection de mettre en évidence les différents éléments qui portent une politique de promotion de la bientraitance au sein de l'établissement.

Les documents suivants n'ont pu être consultés :

- Le livret d'accueil du résident,
- Le livret d'accueil du salarié,
- Le plan de soutien des professionnels,
- La procédure de signalement en cas d'agression,
- La procédure de gestion des situations de violences ou harcèlements sexuel (entre deux personnes accueillies, entre une personne accueillie et un membre du personnel, entre une personne accueillie et une personne extérieure, entre deux professionnels).

Une formation à la bientraitance est présente au plan de formation et le tableau de suivi indique que l'ensemble des professionnels de l'équipe de soins a participé au moins une fois à cette formation. La formation au repérage de la maltraitance et des situations à risque n'apparaît pas dans le plan de formation. Il n'a donc pas été possible à la Mission d'inspection de repérer si l'équipe soignante est bien sensibilisée et formée au repérage des pratiques maltraitantes et des situations à risque, ni si le médecin coordonnateur participe à la mise en place d'une telle politique au sein de l'établissement.

Ecart n°4 : Le plan de formation ne mentionne pas les différentes formations liées au repérage et à la sensibilisation de la maltraitance conformément aux articles L.119-1 et L.311-3 du CASF

1.5 Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables

D. Les enquêtes de satisfaction (1.5.5.1)

La direction n'a pas fourni les deux dernières enquêtes de satisfaction. Il n'a donc pas été possible à la mission d'inspection de s'assurer que les demandes des résidents et de leur famille étaient bien prises en compte au sein de l'établissement.

Ecart n°5 : L'établissement n'a pas présenté à la mission d'inspection les résultats des enquêtes de satisfaction réalisées ces deux dernières années conformément à l'article D.311-15-III et 21 du CASF

E. Les réclamations (1.5.5.1)

La mission d'inspection n'a pu s'assurer que les plaintes des résidents et de leur famille étaient bien prises en compte au sein de l'établissement en l'absence du registre des réclamations.

Ecart n°6 : Il n'a pas été mis à la disposition des usagers un registre de réclamations conformément à l'article L.311-6 du CASF

F. Les évènements indésirables (1.5.1.3, 1.5.1.4)

L'établissement est doté de deux procédures pour le traitement des Evènements Indésirables Graves.

La première est un document de trois pages réalisé en mai 2019, et qui n'a pas fait l'objet d'une réactualisation. Cette procédure concerne les évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS).

La seconde est un document de quatre pages réalisé en mars 2022 et qui concerne la déclaration des évènements indésirables graves (EIG), des évènements indésirables (EI), des plaintes et des signalements.

Ces documents sont détaillés et ils permettent aux professionnels de saisir l'objet de la procédure, les définitions, le contexte d'application, les bases réglementaires, les étapes et le contenu du signalement, les critères d'évaluation, les destinataires et la diffusion. La liste des EIG telle qu'elle est fixée dans l'article 1 de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales n'apparaît pas dans ces documents. Les étapes de la procédure imposant l'obligation de déclarer préalablement au service central du CASVP tout EIG avant son signalement aux autorités administratives compétentes est une contrainte susceptible de remettre en cause l'application de l'article L.331-8-1 du CASF qui impose une déclaration sans délai.

Ces documents incitent les professionnels à déclarer tous les évènements indésirables auprès de l'IDE, du cadre de santé et de la direction. Ils doivent également tracer l'évènement dans le logiciel de soins [REDACTED]. Ils s'appuient sur une charte d'incitation à la déclaration des EI qui précise « qu'il n'y a pas de conséquence pour l'agent s'il n'a commis aucun acte délibéré aux règles de sécurité ou de bonnes pratiques professionnelles » et « que cet agent a une attitude éthique et respectueuse vis-à-vis des usagers en décidant de déclarer un EI et en participant ainsi à la démarche d'amélioration continue de la qualité : résidents, proches..., mais aussi des différents personnels ».

Une charte d'incitation de déclaration des évènements indésirables a également été rédigée. Il s'agit d'un document d'une page qui énonce les principes liés à la déclaration des EIG. Il est précisé que la déclaration des évènements indésirables fait partie intégrante de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le CASVP s'engage, notamment, à mettre en place une analyse systémique des évènements indésirables.

Un logigramme accompagne ces procédures. Ce document d'une page retrace le parcours, il s'agit de la seconde version revue en mars 2022. Il détaille les questions que le professionnel doit se poser pour traiter l'évènement. En suivant le déroulement du logigramme, il est possible de se rendre compte que celui-ci écarte les dysfonctionnements des EIG alors que ceux-ci peuvent être des EIG (Cf. 2° de l'article 1). Il introduit la notion de plainte grave sans la définir. Il établit une distinction entre EIGS et EIG alors que tous les EIG doivent faire l'objet d'une déclaration aux autorités administratives compétentes. La finalité de chaque traitement n'apparaît pas toujours, certaines actions se répètent et la clôture de l'EIG n'apparaît pas.

Remarque 5 : Les procédures de déclaration des EIG ne sont pas réactualisées de façon régulière afin de présenter des informations à jour et ne sont pas complètes, notamment en n'indiquant pas la liste des EIG.

Remarque 6 : Les étapes de la procédure de déclaration des EIG ne favorisent pas une déclaration sans délai aux autorités administratives compétentes.

Remarque 7 : Le logigramme proposé pour le traitement des EIG ne suit pas un déroulement logique et n'est pas suffisamment fonctionnel pour permettre une application concrète de la procédure.

G. Les évènements indésirables graves (1.5.1.6, 1.5.1.7)

L'établissement a fourni un tableau de suivi des plaintes pour l'année 2023. Il contient l'enregistrement de treize plaintes du 8 janvier au 17 septembre 2023. Les informations pour chaque plainte présentent :

- La date de la plainte,

- L'objet de la plainte,
- Le plaignant,
- La description de la plainte,
- Les actions prises,
- Le statut de la plainte.

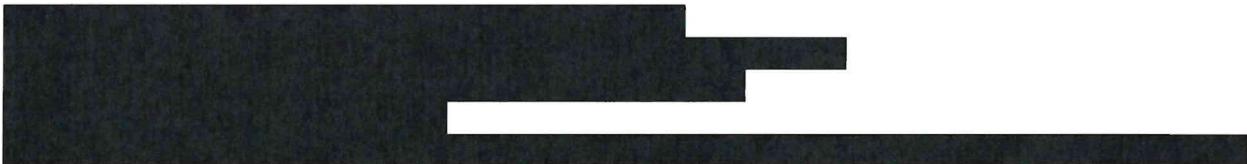
L'origine des plaintes est la suivante : 9 par les familles, 3 de l'EHPAD et 1 d'un résident. Les thèmes des plaintes sont les suivants :

- 6 concernent la qualité de la prise en charge (hygiène, technique, administratif),
- 2 concernent des vols,
- 1 sortie inopinée d'un résident,
- 1 résident agressif vis-à-vis d'un visiteur,
- 1 concerne la sécurité,
- 1 concerne un défaut d'approvisionnement,
- 1 concerne un manque d'information.

Sur les treize plaintes, onze sont considérées comme résolues et les deux dernières, de septembre, sont en cours de traitement.

L'établissement a fourni huit fiches de déclaration d'événements indésirables, ces fiches sont transmises au CASVP. La fiche est un document interne qui permet de prendre connaissance de l'événement et des premières actions menées pour résoudre la difficulté qui s'est présentée. Elle ne permet pas de connaître la suite réservée au traitement de l'événement auprès de l'équipe.

Neuf fiches d'EIG ont été établies en 2022, du 19 avril au 9 décembre. Sur ces neuf fiches, pour autant, uniquement cinq d'entre elles sont des événements indésirables graves et doivent faire l'objet d'une déclaration en tant que tel. Il s'agit des fiches concernant :



Il n'est pas également précisé dans ces fiches si l'événement a fait l'objet d'un EIG auprès des autorités administratives compétentes.

Une fiche a été établie en 2023 et concerne la sortie inopinée d'un résident liée à un défaut de surveillance. Cette fiche a fait l'objet d'une déclaration au commissariat.

Ecart n°7 : L'établissement n'applique pas de façon rigoureuse la procédure de déclaration des EIG et certains évènements ne sont pas signalés aux autorités administratives compétentes, voire aux autorités judiciaires conformément aux articles 434-3 du Code pénal, L.331-8-1 et R.331-8 du CASF, et l'arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS

II. Les ressources humaines

2.1 La situation générale des effectifs (2.1.1.1)

A la date de l'inspection, l'établissement dispose des effectifs suivants :

Grade/Fonction	ETP Budgétés 2022	ETP CDI/Titulaires	ETP Stagiaires	ETP CDD	Postes vacants
Directeur	1	1			0
Adjointe aux soins	1	1			0
Adjointe Ressources	1	1			0
Agents administratifs	3	0,5	1	1	0,5
ASO Accueil	2	2			0
Médecin	0,7	0,5		0,2	0
Médecin coordonnateur	0,6				0,6
Cadre de santé	1				1
Infirmiers	6	4,8	1		0,2
AS	37	28,6	1	6	1,4
ASG	2	2			0
ASO chevet	13	7,8	1	1	3,2
ASO FF AS		1		1	-2
Psychologue des résidents	0,8			0	0,8
Psychologue du personnel	0,2			0,2	0
Psychomotricienne	1			1	0
ASO Animation	1		1		0
SAA Animation	1		1		0
Pédiatrie	0,2	0,2			0
Coiffeur	0,4			0,4	0
Esthéticienne	0,4			0,4	0
ASO lingerie	3	3			0
Chef cuisinier	1				1
Second de cuisine	1	1			0
ASO cuisinier	4	4			0
AT cuisinier	4	4			0
AT atelier / magasin	1	1			0
ASO atelier / magasin	1	1			0
Total	88,3	64,4	6	11,2	6,7

L'établissement dispose d'effectif d'aides-soignants et d'agents sociaux pour accomplir les missions de soins auprès des résidents.

-L'effectif des Aides-soignants est de 30,6 ETP de personnels titulaires, 1 stagiaire et 6 CDD,

-Les agents sociaux affectés au chevet des résidents représentent 9,8 ETP auxquels s'ajoutent deux agents sociaux faisant fonction d'aides-soignants (dont l'un est en attente de passer le concours d'aide-soignant).

Point d'attention : Le tableau des effectifs transmis ne permet pas d'identifier la qualification des agents sociaux : AES, AMP, ou auxiliaires de vie. Les agents sociaux détenteurs d'un diplôme d'auxiliaire de vie ne peuvent être considérés comme personnel soignant, car leur fonction ne fait pas partie de l'équipe pluridisciplinaire décrite à l'article D. 312-155-0, II du CASF.

Pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents au regard de l'effectif soignant de l'établissement actuellement en poste, la mission d'inspection se base sur un effectif minimal de soignants requis calculé sur des critères définis par l'ARS IDF et la Ville de Paris dans le cadre de la contractualisation

du CPOM. Les critères retenus prennent en compte la dernière coupe AGGIR/PATHOS validé pour définir la charge en soins et dépendance de l'établissement et le nombre de places autorisées en hébergement permanent.

Evaluation quantitative des effectifs soignants présents (critères CPOM) : nb d'ETP rémunérés correspond aux besoins (basée sur formule utilisée dans les CPOM pour déterminer le financement)

$$\frac{(Capacité d'hébergement permanent \times GMP établissement validé)}{nb d'ETP (AS + AES)} = R_{GMP}$$

Si RGMP > 3200 => nb ETP AS/AES est insuffisant

$$\frac{(Capacité d'hébergement permanent \times PMP établissement vvalidé)}{nb d'ETP IDE} = R_{PMP}$$

Si RPMP > 4300 => nb ETP IDE est insuffisant

Par ailleurs, la mission considère que pour assurer la continuité des soins, et a fortiori, la qualité des soins, la stabilité des effectifs soignants est indispensable. Elle repose notamment sur la présence d'agents en CDI majoritairement dans l'effectif financé par la dotation soins.

Selon ces critères, le besoin minimum en ETP soignants de l'établissement est de 23,75 ETP AS/AES et de 6 ETP d'IDE.

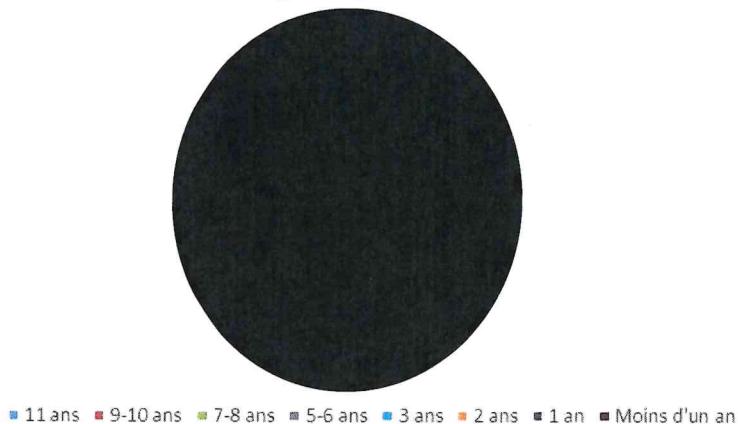
S'agissant de l'effectif d'IDE : l'établissement est conforme. En effet, il dispose de 5,8 ETP d'IDE titulaires ou stagiaires.

S'agissant de l'effectif AS/AES/AMP : l'établissement est conforme. En effet, il compte 29,6 ETP d'AS titulaires ou stagiaires.

La mission de bio-nettoyage est exercée par un prestataire extérieur.

L'analyse de l'ancienneté des personnels, selon la base de données transmise par l'établissement, s'établit comme suit pour les CDI et titulaires : au mois d'octobre, les personnes titulaires de la fonction publique ou ayant signé des CDI étaient au nombre de 69 au total.

Ancienneté des agents présents en octobre 2023



On relève que :

██████████ des titulaires ou agents ayant signé un CDI sont présents depuis 10 ans ou plus, ce qui contribue à la stabilité de l'équipe.

██████████ des agents titulaires ont été recrutés au cours des deux dernières années.

2.2 Le recrutement (2.1.2.5)

L'établissement compte 6 stagiaires distribués comme suit : 1 adjoint administratif spécialité animation, un agent social au chevet, un aide-soignant, un animateur et un agent social en charge de l'animation, et un infirmier.

La mission d'inspection relève que l'infirmier en stage est une ancienne aide-soignante.

L'établissement n'a pas transmis de livret d'accueil à destination des salariés propre à l'établissement. Il a transmis une procédure datant du 15 mai 2018.

Le jour de la prise de poste, le nouvel arrivant bénéficie d'une visite guidée de l'établissement. Il est organisé à son intention une session de sensibilisation aux procédures d'hygiène, de sécurité et de soins. Il est informé des outils informatiques qu'il sera amené à utiliser.

Un parrain ou une marraine est désigné pour prendre en charge le nouvel agent. Mais la procédure ne mentionne ni la durée ni les objectifs de ce parrainage en fonction des métiers. Elle ne précise pas non plus les entretiens prévus avec le responsable hiérarchique afin d'évaluer la bonne adaptation du nouvel agent, ses besoins notamment en formation, et ses suggestions d'amélioration le cas échéant.

Remarque 8 : L'établissement n'a pas élaboré son propre livret d'accueil à destination des salariés.

2.3 Le recours aux CDD et à l'intérim (2.1.1.3, 2.1.1.6, 2.1.4.7)

L'établissement a transmis un tableau des CDD et vacataires intervenant dans l'établissement, ainsi que la liste des contrats de remplacement des années 2021, 2022, 2023.

L'établissement fait appel à des agents en CDD, ASO au chevet ou aides-soignantes, pour quatre motifs essentiellement : remplacer des agents absents (pour maladie, accident du travail, en congé bonifié ou en formation), occuper un poste vacant, compenser un temps partiel ou une décharge syndicale. La coiffeuse, l'esthéticienne et la psychomotricienne sont également recrutées en CDD.

L'établissement comptait 14 salariés en CDD en octobre 2023, soit 11 aides-soignantes, 2 ASO, et un adjoint administratif. En juillet et août 2023, l'établissement a recruté un ASO supplémentaire sur une période de 38 jours afin de faire face à la canicule. La part des salariés en CDD sur le nombre total de salariés s'élève à 14 %.

D'après les entretiens, le taux d'absentéisme est inférieur à la moyenne des EHPAD (autour de 5%). Rappelons que le projet d'établissement avait défini une politique de lutte contre l'absentéisme ambitieuse autour de quatre axes : mieux définir les charges de travail et l'ergonomie des postes de travail, opter pour un management bienveillant, déployer une bonne politique RH et améliorer la communication.

Des vacataires sont appelés en cas de remplacement ponctuels : l'établissement a transmis une liste composée de 8 aides-soignants, d'un agent social et de 2 infirmiers qui assurent ces remplacements ponctuels. La mission relève que les contrats sont renouvelés régulièrement, ce qui assure une certaine stabilité du pool des vacataires. Ces remplacements inopinés sont informels.

Remarque 9 : L'établissement n'a pas formalisé de procédure en cas d'absence inopinée du personnel.

2.4 L'organisation des modalités de travail (2.1.3, 2.1.4)

A. Les fiches de postes (2.1.4.2)

L'établissement n'a pas transmis à la mission d'inspection les fiches de poste demandés.

B. Les fiches de tâches heurées

L'établissement n'a pas transmis de fiches de tâches heurées. La mission note qu'un document qui formalise l'organisation du travail des équipes du matin, de l'après-midi et de la nuit est répertorié dans un classeur qui regroupe les procédures de l'étage (protocoles de soins de chaque résident dont la mise à jour date de novembre 2021). Ce document liste les tâches à accomplir chaque jour pour chaque résident intitulé « organisation du service »

Mais :

- Celui-ci n'est pas daté, et fait état de résidents qui ne sont plus accueillis à l'EHPAD,
- Il ne précise pas qui réalise ces tâches (IDE, aides-soignants, ASO au chevet notamment), ni quand.
- Il mentionne pour l'essentiel des tâches d'ASH (bio-nettoyage, changement de draps, vider la poubelle). La mission a relevé que pour certains résidents était noté « bas de contention à mettre » et pour plusieurs : « toilette complète au lavabo ».

De ce fait, les agents, et notamment les vacataires, manquent d'un référentiel d'appui pour s'intégrer dans l'organisation du travail en équipe.

De plus, la mission ne peut attester que les tâches des aides-soignantes, des ASO au chevet sont conformes aux dispositions réglementaires.

Ecart n°8 : L'absence de fiches de tâches heurées ne permet pas de garantir que les tâches sont accomplies par des personnes qualifiées, conformément aux dispositions des articles L.311-3 et D.312-155-0 du CASF.

C. Les plannings (2.1.4.1, 2.1.4.4, 2.1.4.5)

L'établissement a transmis les plannings réalisés ou prévisionnels suivants :

- Ceux de l'année 2023 pour le personnel administratif, le personnel travaillant en cuisine,
- Ceux des IDE de décembre 2022 à janvier 2024,
- Ceux du PASA de janvier à octobre 2023,
- Ceux des aides-soignants d'avril à décembre 2023.

A l'accueil, un agent vacataire est recruté pour assurer la continuité de l'accueil les jours où aucun titulaire n'est présent.

D'autres activités présentent les mêmes manquements telles que :

- L'animation

Le planning n'est renseigné que partiellement (selon les mentions portées au planning, un agent n'a pas pris de congé entre janvier et septembre 2023). Aussi la mission ne peut garantir que les animations sont organisées en continu dans l'établissement.

- La lingerie

Le planning atteste qu'un minimum de deux lingères est garanti par l'organisation du travail, sauf un jour en avril, un jour en mai, 2 jours en juin, un jour en juillet, 6 jours en août, Les plannings de novembre et décembre ne sont pas renseignés.

Concernant les plannings des agents d'entretien, seules sont portées les absences pour formation, et les plannings de la coiffeuse, de l'esthéticienne ne sont que partiellement remplis.

Pour ce qui concerne la cuisine, les plannings sont plus régulièrement tenus : l'établissement dit garantir à minima 3 personnes en journée ; et en soirée, deux agents pour assurer le dîner. Lorsque l'effectif est inférieur, il est fait appel au personnel en poste sur des heures supplémentaires en journée ou le soir, ou à des vacataires. Le planning d'octobre était complet. En revanche le planning de novembre n'était pas achevé au 4 octobre.

Malgré ces dispositions, la mission relève que deux salariés seulement sont présents le jour ou un seul le soir sur certaines périodes :

Planning de la Cuisine	01-2023	02-2023	03-2023	04-2023	05-2023	06-2023	07-2023	08-2023	09-2023
Nombre de jours où 3 ou plus salariés sont présents en journée	31	26	30	25	31	21	27	27	23
Nombre de jours où 2 salariés sont présents en journée	0	2	1	5	0	8	3	3	5
Nombre de jours où 1 salarié est présent en journée	0	0	0	0	0	1	1	1	2
Nombre de jours où 1 salarié est présent le soir	9	1	0	3	2	2	0	1	0

La mission a demandé au directeur de l'établissement de lui fournir la liste des présents le jour de l'inspection. Mais cette liste n'a pas été communiquée à la mission.

Le planning des soignants :

Le PASA :

La psychomotrice est présente à [] sur le PASA, soit les []. Elle coordonne le travail de deux ASG. La consultation des plannings établit que du fait de l'absence de personnel, le PASA a fermé deux jours ouvrés au mois d'août, les 14 et 21 août 2023).

Les IDE :

L'analyse des plannings établit que l'organisation du travail est fondée sur la présence de deux IDE le matin, et d'une IDE l'après-midi. Pour pouvoir garantir cette organisation, l'établissement fait appel à deux infirmières contractuelles qui viennent renforcer l'équipe en tant que de besoin, de façon limitée, comme le montre l'analyse des plannings. Le nombre de jours où l'effectif est inférieur à l'attendu est le suivant :

Planning des IDE	01-2023	02-2023	03-2023	04-2023	05-2023	06-2023	07-2023	08-2023	09-2023
Nombre de jours où 2 ou 3 IDE sont présentes le matin	30	28	30	29	30	28	29	31	30
Nombre de jours où 1 seule IDE est présente le matin	1	0	1	1	1	2	2	0	0
Nombre de jours où 2 IDE sont présentes l'après-midi	5	1	3	2	3	2	3	7	2
Nombre de jours où aucune IDE n'est présente l'après-midi	1	0	0	1	1	0	1	0	0

Le planning prévisionnel établit que pendant 2 jours en octobre et 2 jours en novembre seule une infirmière sera présente le matin.

Les aides-soignants :

Les plannings transmis établissent que le nombre minimal d'aides-soignants présents est de 9 en journée et de 3 la nuit. Ainsi les aides-soignants de jour prennent en charge au maximum 11 résidents chacun.

Pour garantir cette organisation l'établissement recourt aux heures supplémentaires, mais aussi à 8 aides-soignants recrutés ponctuellement par contrat. Le nombre de jours où le nombre d'aides-soignants est inférieur à l'attendu se répartit comme suit :

Planning des aides-soignants	01-2023	02-2023	03-2023	04-2023	05-2023	06-2023	07-2023	08-2023	09-2023
Nombre de jours où le nombre d'aides-soignants est inférieur à 9 le matin ou l'après midi	1	2	2	19	14	10	14	11	13
Nombre de jours où le nombre d'aides-soignants est inférieur à 9 le matin et l'après midi	0	0	0	0	2	1	6	17	2
Nombre de jours où le nombre d'aides-soignants est inférieur à 3 la nuit	1	3	2	1	0	0	11	6	2

Sur 26 jours dans l'année les aides-soignants ont été 6 ou moins pour assurer la prise en charge des 100 résidents, ce qui fragilise la qualité de la prise en charge.

La nuit, il est arrivé qu'au cours de 17 nuits (en juillet et août) un seul aide-soignant soit présent, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.

Il apparaît ainsi que le personnel est insuffisamment remplacé pendant les congés d'été.

Ecart n°9 : L'effectif des aides-soignants prenant en charge la nuit les résidents pendant les périodes de congés ne permet pas de garantir la qualité d'une prise en charge individualisée, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.

D. Les glissements de tâches (2.1.4.4)

La mission d'inspection s'interroge sur l'organisation de la distribution et l'administration des médicaments, comme sur l'ensemble des missions qui relèvent de la mission propre des infirmiers, (conformément à l'article R.4311-5 du CSP), lorsqu'une seule infirmière doit prendre en charge 100 résidents le matin, où lorsque aucun infirmier n'est présent l'après-midi.

La mission relève que les plannings de l'équipe soignante (hors IDE) sont incomplets :

- Ils ne différencient pas les personnels diplômés (aides-soignants, AES, AMP ou auxiliaires de vie) des non diplômés (ASO au chevet),
- ils ne différencient non plus les personnels de soin (aide-soignant) des agents sociaux (AES, AMP, auxiliaires de vie ou ASO au chevet), d'autre part.

L'absence de fiche de poste et de fiches de tâches heurees différenciant les deux métiers (personnels de soin et agents sociaux) expose au risque de glissement de tâches, risque accru par le fait que le grade d'agent social ne définit pas la qualification de l'agent (AES, AMP ou auxiliaire de vie, ou non diplômé).

La mission note que les aides-soignants sont majoritaires dans chacune des équipes du matin et de l'après-midi, mais relève sur les 3 ASO de l'équipe soignante la présence d'une ASO au chevet dans l'équipe de nuit alors que l'encadrement par des professionnels diplômés est réduit.

Les entretiens ont par ailleurs établi que des aides-soignants sont amenés à faire la vaisselle, alors que cette tâche devrait être dévolue en priorité aux ASO au chevet. De par leur qualification, les AS et AMP doivent se consacrer prioritairement à leur mission d'accompagnement des résidents, notamment après le goûter, à une heure où ceux-ci en ont particulièrement besoin.

La consultation des dossiers des agents a montré que des agents sociaux au chevet sont amenés à accomplir des tâches d'aides-soignants ou d'AES (ex AMP) comme la prise en charge de la douleur.

La Mission relève une erreur dans l'affectation des agents : un agent mentionné dans la base de données comme aide-soignant est inscrit sur le parcours de formation d'un ASO au chevet.

Ecart n°10 : L'absence d'IDE l'après-midi ou la présence d'un seul IDE le matin ne permet pas de garantir que les tâches décrites à l'article R.4311-5 du CSP sont exclusivement exercées par les infirmiers, et expose à un glissement de tâches sur des professionnels non qualifiés.

Ecart n°11 : L'absence de différenciation des tâches des aides-soignants et des ASO au chevet fait courir le risque de glissement de tâches, ce qui contrevient aux articles L.451-1, D.312-155-0 du CASF et l'article L.4391-1 du CSP

E. Les réunions (2.1.3.1)

Une réunion de transmission et de synthèse est organisée chaque jour de 13h45 à 14h30. Elle est animée par la responsable des soins ou par un IDE.

2.5 Les dossiers du personnel (2.1.1.7)

Les dossiers du personnel sont situés dans le bureau de l'agent en charge du SLRH (le poste était vacant au jour de l'inspection). La mission d'inspection a pu consulter 19 dossiers : ils contiennent la mention de la fonction de l'agent, sa pièce d'identité l'extrait du casier judiciaire pour 3 d'entre eux, le diplôme obtenu, un dossier formation dans lequel figurent les attestations, le compte rendu de l'entretien annuel d'évaluation de 2023. Les dossiers sont globalement bien tenus et le suivi des absences y est rigoureux (y compris les absences en formation).

Sur les 19 dossiers consultés, 5 concernaient des agents en CDD. Dans deux dossiers d'ASO au chevet la mission n'a retrouvé aucun diplôme. La mission relève la présence d'un diplôme de CAP assistant technique en milieu familial et collectif qui ne répond pas à la qualification attendu pour un professionnel d'EHPAD.

2.6 Les professionnels et prestataires externes (2.1.1.8)

Aucun contrat signé avec un professionnel de santé libéral n'a été transmis à la mission d'inspection.

2.7 La formation (2.1.2.1, 2.1.2.3)

L'établissement a transmis les demandes de formations datées du 3 mai 2022, les bilans individuels des formations des AS/AMP, des IDE et des ASO, et le bilan des parcours de formation pour les soignants, ainsi qu'un tableau de suivi des formations des agents qui comptent 31 formations différentes.

Les parcours de formation sont organisés sur 4 ans et sont composés de formations obligatoires, et de formations à choisir sur liste. Les parcours sont différenciés selon le grade des agents

- ✓ Les IDE ont 3 formations obligatoires : prise en charge de la douleur, éthique et pratique soignante, plaies et cicatrisation : la moitié des IDE en poste a suivi la première formation, 1/3 la deuxième et aucune la troisième.
Les IDE doivent choisir 1 formation parmi 4 autres propositions : la moitié sont à programmer pour cette formation facultative
- ✓ Les AS ont deux formations obligatoires : la prise en charge de la douleur et les transmissions ciblées. 5 n'ont pas encore suivi la 1^{ère} formation, et 3 la seconde.
Les formations facultatives comportent 6 choix (connaissance de la personne âgée, bientraitance, relations avec les familles des résidents, nutrition, l'aide-soignant en EHPAD, sécuriser la prise en charge médicamenteuse). Restent 3 AS à programmer pour la formation facultative.
- ✓ Les ASO suivent deux formations obligatoires : connaissance de la personne âgée et bientraitance. Aucune formation facultative n'est programmée à ce jour pour les ASO.

Les bilans individuels portent sur les années 2019-2023. En dehors des formations sur les gestes qui sauvent, les AGFSU et les formations incendies, le nombre de formations déclarées par l'établissement comme suivies par agent entre 2019 et 2023 est le suivant :

Nombre d'agents ayant suivi	0 formation	1 formation	2 formations	3 formations	4 formations	Plus de 4 formations
IDE	1					5
AS		3	3	5	2	24
ASO	4	3	4	1	1	9

La mission relève que la bientraitance ne fait pas partie des formations proposées dans le cadre du parcours de formation IDE. Celle-ci est proposée comme formation facultative pour le parcours AS, et comme formation obligatoire dans le parcours des ASO. L'établissement déclare que 12 ASO et 28 AS ont suivi cette formation.

La mission relève que, sur ces 19 dossiers consultés, une aide-soignante a bénéficié d'une formation AGFSU datée de 2012 ; une ASO a une formation datée de 2012 à son dossier. Une autre ASO au chevet n'a pas d'AGFSU à son dossier ; Selon le bilan des formations transmis par l'établissement, 20 AS et 4 IDE ont suivi une AGFSU 2 entre 2019 et 2023 ; 4 ASO et 4 AS ont suivi une AGFSU 1.

Les contractuels suivent les mêmes parcours de formation que les titulaires.

La politique volontariste de l'établissement en termes de suivi de formation est également établie par les courriers de rappels aux formations obligatoires envoyés aux agents qui ne participent pas aux formations auxquelles ils sont inscrits.

Remarque 10 : La formation Bientraitance ne fait pas partie du parcours obligatoire des IDE et des AS.

Remarque 11 : Les ASO ont un parcours de formation moins suivi que le reste du personnel.

III. Les locaux

3.1 Les affichages obligatoires (1.2.3.5)

Les affichages obligatoires sont présents et les panneaux d'affichages sont propres au personnel et aux résidents. Les panneaux concernant les résidents se trouvent dans le hall de l'établissement et ceux concernant le personnel se trouvent au niveau 1.

3.2 La visite du bâtiment

La visite des bâtiments a permis de constater que le bâtiment est dans l'ensemble bien entretenu et la distribution des espaces est bien repartie. Dans les étages, cette distribution ainsi que les barres d'appui tout le long des couloirs facilitent la circulation et le déplacement des résidents. Les locaux du personnel ainsi que les locaux techniques se situant dans l'entresol sont bien repartis et permettent au personnel technique de travailler de manière sécurisée. La lingerie bénéficie également de locaux et d'espaces adaptés dans l'entresol. Les résidents et les familles bénéficient d'une bibliothèque, d'un espace de peinture et d'un lieu de recueillement.



La mission d'inspection a constaté que les placards électriques étaient ouverts.



Mélange entre denrées alimentaires et produits d'entretien dans les locaux de rangement :



Lait dans les appareils qui maintiennent au chaud à 10h35
(ils doivent normalement être immédiatement mis au frigo avec une date d'ouverture ou jetés).

DASRI dans le local à linge sale :



Le ménage est externalisé, mais les murs ne sont pas propres :



3.3 La sécurité des résidents

A. La prévention des sorties à l'insu du personnel de la résidence (2.5.3.4)

L'accès à l'établissement est sécurisé par un dispositif d'entrée et de sortie nécessitant la composition d'un code et l'utilisation d'un badge.

B. La gestion des DASRI (2.5.2.7)

L'établissement n'a pas établi des protocoles spécifiques à la prise en charge des déchets à risque. Les déchets sont entreposés dans un local non dédié à cet effet et accessibles par tous les agents y compris les agents de propreté.



Ecart n°12 : La gestion des DASRI contrevient aux articles R1335-1 et 2 du CSP

29/56

IV. La prise en charge des résidents

4.1 L'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

A. Le profil des personnes accueillies

L'établissement accueille des résidents présentant des profils variés : autonomes ou dépendants, atteints de la maladie d'Alzheimer et de troubles cognitifs apparentés dans une unité de vie protégée de 18 places implantée au troisième, bénéficiant d'une Pôle d'activité et de soins adaptés « Arc en Ciel » (PASA). La liste présentée le jour de l'inspection mentionne 96 résidents avec une répartition par GIR suivante : [REDACTED]. Les documents recueillis présentent la date d'entrée des résidents et leur statut juridique. Certains résidents bénéficient d'une mesure de protection juridique.

B. La procédure d'admission (3.1.1.1, 3.1.1.2)

La procédure d'admission est formalisée par un document intitulé « procédure d'admission et d'accueil du résident » qui spécifie toutes les étapes d'admission du résident. Il existe une liste des documents à fournir en phase de préadmission et d'admission. Un bureau d'accueil des admissions est chargé de recevoir les admissions. La procédure spécifie les principales étapes de l'admission et les personnes intervenant à chaque étape d'admission. L'adjoint administratif reçoit les demandes et sollicite l'avis du médecin (capacité de soins, disponibilité en lits). La visite de préadmission réunit le médecin, le psychologue, le cadre de santé. La validation médicale est faite par le médecin coordonnateur. Les avis d'admission sont toujours suivis par la direction.

Des documents prévus à cet effet renseignent toutes les étapes de la procédure d'admission. Les informations médicales, juridiques et sociales sont recueillies. Les besoins du résident sont analysés et évalués à chaque étape. Les équipes recueillent les données, analysent le comportement du résident et échangent avec les familles dans l'objectif de mise en place d'un PAP. Toutes les étapes sont inscrites dans le logiciel [REDACTED].

Ecart n°13 : Les modalités d'évaluation des chutes, escarres, déglutition, douleur (Norton, Braden) ne sont pas expressément décrites dans la procédure d'admission. Ce qui contrevient aux articles D312-158 2° et D312-155-3 2° du CASF.

C. Le projet personnalisé (3.1.3.3)

Le projet d'accueil personnalisé (PAP) est élaboré dans les 3 mois qui suivent l'arrivée du résident par le Médecin, le psychologue, l'IDE et l'AS. Le Projet est piloté par le psychologue. Le circuit est le suivant : le psychologue recueille l'histoire de vie, les souhaits du résident. L'équipe se réunit sans le résident, validation du PAP par le résident (ou la famille) et signature du résident et de la direction. Le projet est revu annuellement.

Les dossiers des résidents consultés contiennent tous les comptes rendus de la réunion de synthèse portant sur le projet personnalisé. La date de la réunion est notée, ainsi que – si la famille n'assiste pas à cette réunion, la date de l'échange avec la famille. L'histoire de vie est rapidement rappelée, puis une journée type est retracée, ce qui permet de lister les besoins propres au résident. Les prises en charges spécifiques sont listées (synthèse du médecin, point du psychologue, point sur la psychomotricité, mention de la kinésithérapie et de l'orthophonie). Puis un paragraphe aborde les activités, centres d'intérêt et les propositions de l'établissement ; suivent les attentes du résident, et la date de l'entretien avec le résident (avec mention de sa capacité à verbaliser ou pas ses attentes). Cette manière de procéder garantit une prise en charge individualisée.

Les projets de vie sont tous datés et signés par le directeur d'établissement et le responsable légal ou la personne de confiance. Il est signé par le résident lorsque celui-ci est en capacité de le faire.

Sur les 8 dossiers consultés, 6 projets personnalisés datent de moins d'un an, un dossier date de 2018 et un autre ne contient pas de projet personnalisé (résidente admise en avril 2023). Les projets personnalisés antérieurs ne figurent pas au dossier.

D. La commission de coordination gériatrique (3.1.4.1)

Il n'y a pas de commission de coordination gériatrique.

L'établissement n'a pas présenté d'autres modalités d'échanges de pratiques professionnelles en termes fréquence de réunions de synthèse, des temps de transmissions d'étude de cas, de composition de ces réunions sur prévention, thérapeutiques, rééducation. Il existe des temps d'échanges entre les professionnels et psychologue.

Ecart n°14 : Il n'existe pas au sein de l'établissement une commission de coordination gériatrique. Ce qui n'est pas conforme à l'article D312-158, 3° du CASF

Remarque 12 : Il n'existe pas de documents et de calendriers qui montrent les échanges sur les pratiques professionnelles selon les recommandations de la HAS, ("La Commission de coordination gériatrique", 2018)

E. Les temps de transmission (3.1.4.4 ; 3.1.47)

Les temps des transmissions entre les équipes se font dans le bureau des soignants ou postes de soins avec les cadres et le médecin. Les transmissions sont essentiellement orales, mais si besoin enregistrées sur [REDACTED] Les transmissions se font à 7h, 14h-14h30 et 21h. Tous les intervenants ont un compte sur [REDACTED]

F. L'intervention des médecins traitants (3.1.4.5)

L'intervention des médecins traitants se fait à la demande des familles ou de l'établissement dans le cadre de la continuité des soins. Les modalités de ces interventions ne sont pas expressément explicitées par des documents ou des procédures.

Ecart n°15 : L'intervention des médecins traitants n'est pas clairement spécifiée et encadrée, conformément à l'article L314-12 CSP (rôle médecins libéraux dans EHPAD)

4.2 Le respect des droits des personnes

G. L'accès des résidents aux informations réglementaires (3.2.2.1)

Les informations relatives à la réglementation sont mises à disposition pendant la procédure d'admission et dans le contrat de séjour. Les informations réglementaires sont accessibles car elles sont affichées dans le hall de l'établissement.

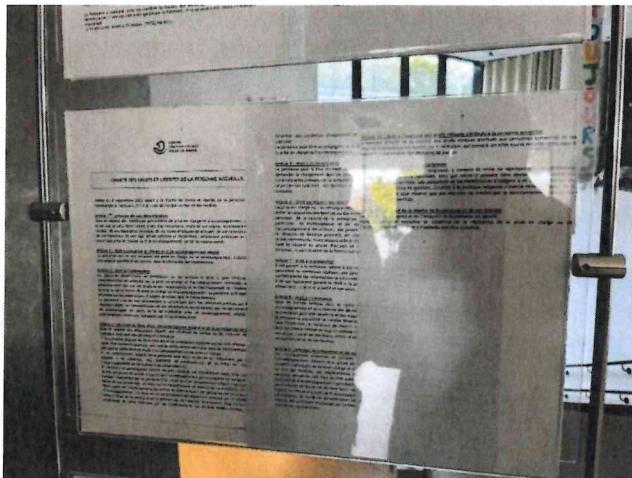


Figure 1 Charte des droits

H. La tenue des dossiers administratifs des résidents (2.3.4.3)

Les dossiers s'ils sont complets et globalement bien tenus ne permettent pas de retrouver facilement les directives anticipées (formulaire trouvé entre deux factures dans une sous-chemise « divers »).

La fiche « personnes à prévenir » ne permet pas d'identifier clairement et rapidement la personne de confiance. Le formulaire portant sur la désignation ou le refus de désignation d'une personne de confiance n'est pas joint au formulaire, mais se trouve souvent dans la sous-chemise « divers » entre deux factures.

Remarque 13 : Le formulaire de désignation de la personne de confiance et des directives anticipées ne sont pas facilement accessibles.

I. Le contrat de séjour et le livret d'accueil (3.2.2.0)

La version actuelle du contrat de séjour date de 2020 ainsi que les annexes et le livret d'accueil date de 2020.

J. La participation des familles (3.2.1.1)

Les familles participent à la vie de l'établissement par les échanges avec les agents et la direction. Les relations sont bonnes et les familles peuvent rencontrer les agents pour apporter des améliorations sur la prise en charge et les animations proposées. Le personnel reçoit des formations pour l'accueil des familles. Les échanges avec les familles se font aussi par courriers.

K. La liberté d'aller et venir (3.2.3.1)

Une note intitulée « notice explicative de l'annexe au contrat de séjour à destination du personnel de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées » décrit les mesures nécessaires à la protection de la liberté d'aller et venir. Elle encadre les pratiques professionnelles en vue de permettre aux résidents de mettre en pratique cette liberté ainsi que les conditions de sa restriction.

Une note secondaire intitulée « annexe au contrat de séjour définissant les mesures individuelles relatives à la liberté d'aller et venir du résident » est contrat entre l'établissement et le résident sur l'exercice de la liberté et venir et les conditions de sa restriction. L'annexe au contrat précise que les restrictions à la liberté d'aller et venir sont prises après évaluation et accord du médecin.

L. Le rôle des bénévoles (3.2.1.1)

Des bénévoles interviennent au sein de l'établissement en fournissant la bibliothèque, en proposant des activités diverses : peinture, cinéma et de l'animation proposée par les élèves, interventions d'artistes, conférenciers, intervenants thérapeutiques : musique, art, animaux...

M. L'identification des résidents (3.2.3.2)

Les résidents sont identifiés par leur nom inscrit sur les portes de leurs chambres. Leurs noms sont inscrits également sur la table du restauration collectif, identifiant ainsi la place de chaque résident.

4.3 La vie sociale et relationnelle (3.3.2.1, 3.3.2.2)

Le CVS est constitué et a élu son bureau le 6 avril 2022 et le 6 avril 2023 pour compléter le bureau. L'établissement n'a pas fourni d'autres documents montrant la vitalité du CVS.

Les relations avec la direction sont globalement bonnes, mais le directeur n'est pas facilement accessible. Une animatrice organise des activités au sein de la résidence. Le planning est fait par l'ensemble des équipes, en lien avec les familles et les services de tutelle. Les animations sont réalisées en fonction des demandes des résidents. Un choix d'activités ou d'ateliers est proposé souvent entre 11h-12h et 15h-16h tous les jours sauf les week-ends. Des intervenants extérieurs ou associations contribuent aux activités : par exemple une association présente des films et une autre de l'art-thérapie. Les enfants des écoles primaires, collèges et du centre de loisirs proposent également des animations.

Selon l'autonomie des résidents, sont aussi proposées des sorties et des visites (musée, évènements artistiques et culturels) en bus ou à pied, avec un groupe de 5 ou 6 résidents conduit par un accompagnateur et le chauffeur. La liste des sorties est faite par les équipes et l'animatrice en sélectionnant les résidents qui sont aptes à une activité extérieure.

4.4 La vie quotidienne (3.4.0)

N. Les chambres et les espaces de convivialité (3.4.1.1)

La mission a visité les chambres non occupées. Les chambres sont individuelles avec des équipements standards.

Les murs des espaces de convivialité sont néanmoins sales à certains endroits.



Figure 2 Chambre standard

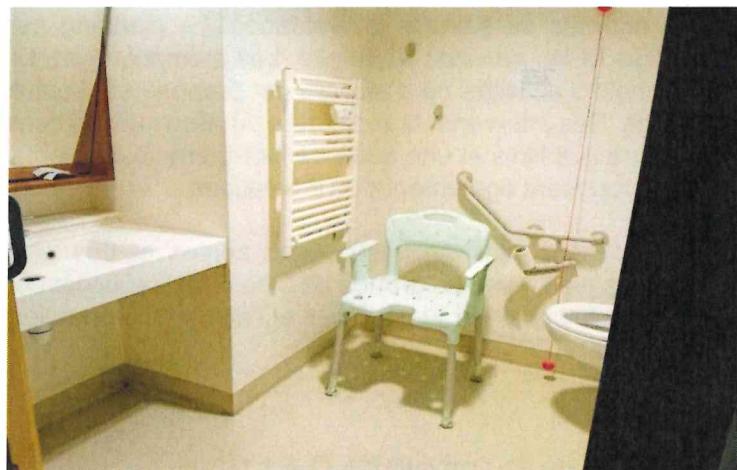


Figure 3 Toilette standard

Les espaces de convivialité sont accueillants et permettent aux résidents de quitter les chambres pour des temps d'activités ou d'échanges avec les familles.

O. La restauration (3.4.3.0)

Les espaces de restauration sont spacieux, lumineux et les places sont nominatives. Cela facilite la distribution des verres connectés qui contrôlent la quantité d'eau journalière bue par les résidents.

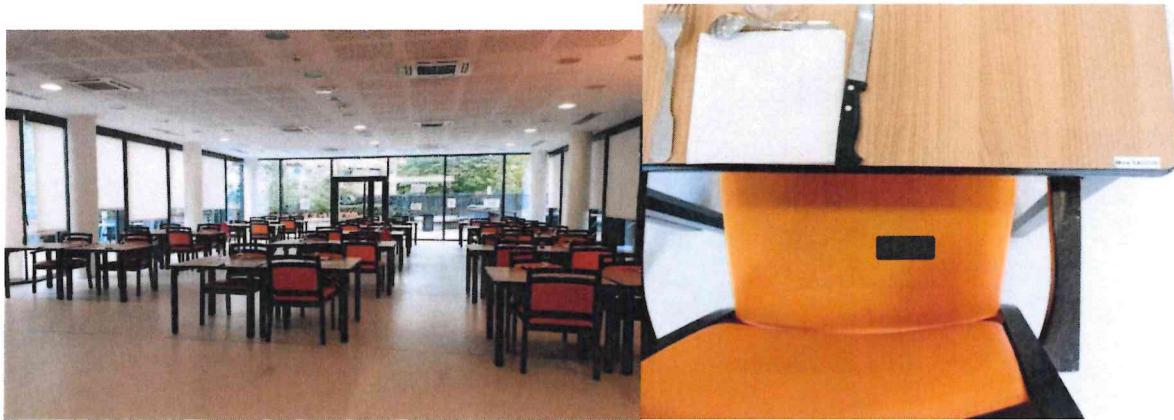


Figure 4 Salle à manger



Figure 5 Verres connectés

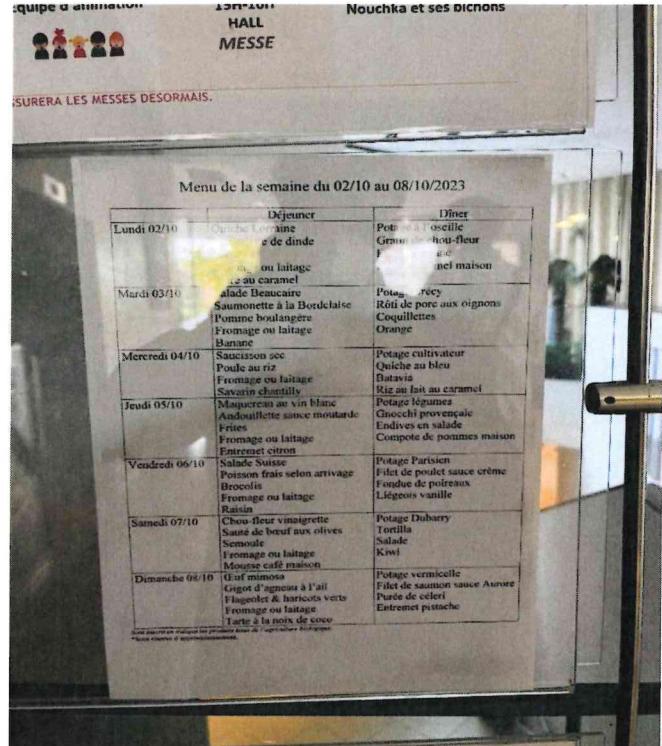


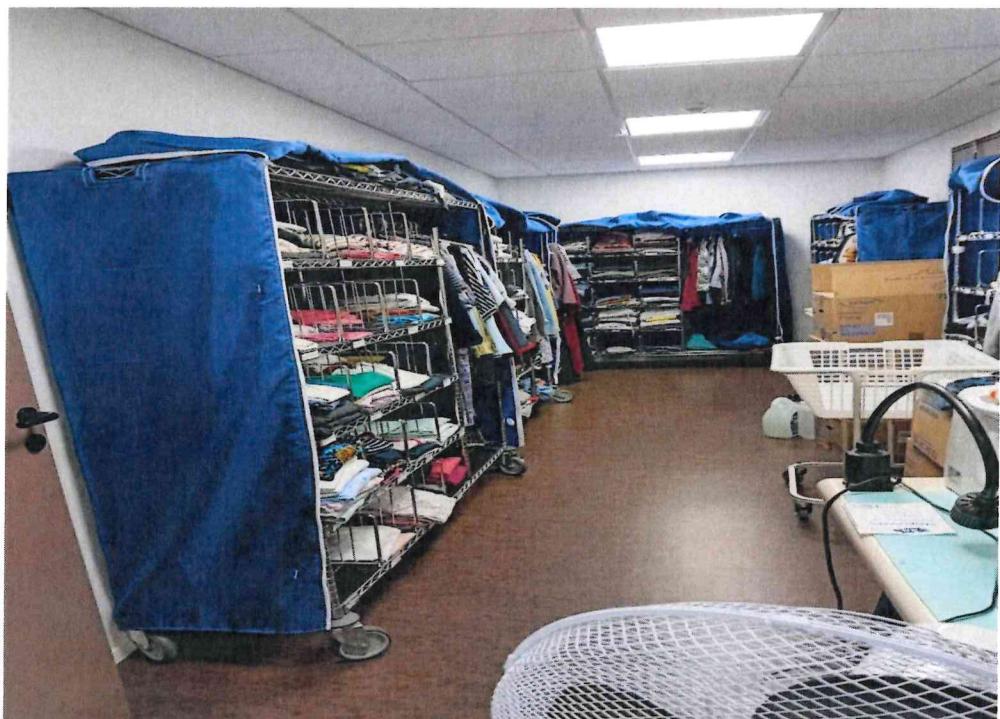
Figure 6 Menu

P. La lingerie

La lingerie des résidents est prise en charge par l'établissement dès l'admission et étiquetée. La procédure d'accueil spécifie la réception du linge du résident. Le traitement du linge propre et sale des résidents est géré par une équipe de 3 agents tous les jours de 7h à 14h30, avec une organisation adaptée pour les jours fériés.



Figure 7 Traitement linge propre



V. Soins

5.1 L'équipe de soins

L'équipe médicale 3.8.1.1.

A la suite de la démission du médecin coordonnateur, deux médecins contractuels se partagent la présence médicale et assurent une couverture médicale tous les jours de la semaine. Il n'a pas été fourni à la mission d'inspection les contrats de ces deux médecins. L'une, gériatre, est positionnée à [REDACTED] ETP et intervient exclusivement [REDACTED]. Sa collègue, médecin généraliste, positionnée à [REDACTED] ETP est présente [REDACTED] :

[REDACTED]. Toutes deux disposent d'un contrat de travail et d'une fiche de poste.

Ecart n°16 : L'établissement n'a pas fourni les contrats des médecins intervenant dans l'établissement conformément à l'article R.313-30-1 du CASF

Des astreintes médicales sont organisées pour couvrir le soir et le WE. Elles sont planifiées sur des semaines complètes et partagées entre les 2 médecins de l'EHPAD selon leur quotité de présence dans l'établissement

Ecart n°17 : En l'absence du médecin coordonnateur, l'encadrement médical de l'établissement est assuré par 2 médecins contractuels. Ce qui n'est pas conforme aux articles D. 312-155-0, II CASF (équipe pluridisciplinaire) D. 312-156 du CASF (missions du Medco).

A. Les soignants (3.8.1.1)

La cadre de santé est positionnée à [REDACTED] ETP dans l'EHPAD en [REDACTED]. Présente dans l'établissement depuis [REDACTED], elle occupe aussi le poste d'adjoint de direction depuis [REDACTED]. [REDACTED]. Elle bénéficie d'un contrat [REDACTED]. Ses horaires de travail ne sont pas comptabilisés. Elle participe aux astreintes de direction qui réunit le directeur, 2 directrices adjointes (directrice adjointe en charge des ressources et la directrice adjointe cadre de santé) et une IDE. Ces astreintes sont organisées de 18h à 8h en semaine par roulement.

Ecart n°18 : L'établissement n'a pas fourni à la mission d'inspection le contrat de travail de la cadre de santé en sa qualité de contractuel [REDACTED] conformément aux dispositions de l'article D.344-5-15 du CASF

L'équipe IDE compte 6 professionnels pour un temps affecté de 5,8 ETP, dont une IDE contractuelle. Il est rapporté à la mission inspection l'organisation de jour suivante.

En semaine :

- 2 IDE de jour mercredi et vendredi, se partageant matin et après-midi,
- 1 IDE les autres jours.

Le weekend end : 1 IDE de jour samedi et dimanche.

Le planning d'astreinte est établi mensuellement pour les 6 IDE.

Une infirmière a été rencontrée par l'équipe d'inspection.

[REDACTED]. Elle exerce dans l'EHPAD depuis [REDACTED].

Il a été rapporté à la mission qu'à l'arrivée d'un nouveau professionnel, l'IDE présente indique les régimes et besoins spécifiques des résidents, mais qu'il n'y a pas véritablement de tuiilage prévu avec l'infirmière en poste.

Remarque 14 : L'absence de mise en œuvre d'une procédure d'accueil d'un nouveau salarié ne favorise pas une prise de poste efficace et est susceptible d'affecter la qualité de la prise en charge des résidents.

B. L'équipe paramédicale (3.8.1.1)

Elle est composée de :

- Deux kinésithérapeutes libéraux et d'un kinésithérapeute salarié ayant pris ses fonctions très récemment (à la suite de la fermeture de l'EHPAD Siegfried pour travaux). L'établissement présente une salle de kinésithérapie dédiée en rez-de-chaussée, équipée et fonctionnelle. Il a été rapporté à la mission que 35 résidents sont suivis en Kinésithérapie dans l'EHPAD [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]. Ces bilans sont tracés dans le logiciel [REDACTED] au vu du dossier étudié. Sur les 4 dernières années, le bilan a été réévalué en moyenne 3 fois par an et des observations sont apposées régulièrement dans le dossier du résident tous les mois.

-Un psychomotricien salarié [REDACTED], [REDACTED] intervient dans l'EHPAD et sur le PASA. Il n'était pas présent le jour de la visite.

-Un orthophoniste libéral est positionné sur une vacation les [REDACTED].

-La structure a prévu la présence de deux psychologues :

L'une dédiée au personnel, positionnée à [REDACTED] ETP, présente [REDACTED] dans l'EHPAD, a été rencontrée par l'équipe d'inspection. Entrée dans l'EHPAD en [REDACTED], elle est employée en contrat [REDACTED] et possède une fiche de poste. Elle organise des séances d'analyse de pratique autour de cas individuels et des groupes éthiques, notamment sur le thème de la liberté d'aller et venir de la personne âgée, et sur la bientraitance, avec la rédaction d'une charte bientraitance en pluridisciplinarité. En sus, elle réalise des accompagnements individuels au cas par cas. Elle a en projet pour 2024 d'organiser des groupes de parole mensuels, par étage, sous la forme d'espaces de dialogue ouverts avec des ordres du jour à la main des soignants. [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

L'autre psychologue a vocation à être dédiée aux résidents. Ce poste est non pourvu au jour de la visite. Il est en cours de recrutement. Dans l'attente, il est fait appel à l'équipe mobile de Broca qui fait preuve d'une bonne disponibilité, et en tant que de besoin à une IDE détachée du CMP.

-Un diététicien est positionné au niveau du siège du CASP et son avis est sollicité ponctuellement, en lien avec les services de restauration.

5.2 La prise en charge sanitaire des résidents

A. La prise en charge nutritionnelle (3.4.3.5 à 3.4.3.10)

Les repas sont servis en salle à manger en priorité, ou en chambre plus rarement selon les souhaits des résidents. Le plan de table de la salle à manger du RDC : les formes hachées, mixées et régimes y sont indiquées sur un tableau affiché sur le mur de la salle date du 1 er janvier 2023.

Plan de table du rez-de-jardin : les formes hachées, mixées et les régimes sont inscrits par rajout au stylo sur un plan de table non daté.

Remarque 15 : les plans de table du rez-de-chaussée et du rez-de-jardin, indiquant les textures et /ou régimes particuliers des résidents, à destination des professionnels de service, sont non datés ou non mis à jour.

Les informations concernant les bénéficiaires de régimes hyper protéinés et de textures particulières (hachée, mixée) sont consignées dans le logiciel [REDACTED] accessible à l'ensemble des personnels de soins selon une matrice habilitation. Il a été retrouvé mention de régimes hyper protéinés pour [REDACTED] des résidents.

En matière de prévention de la dénutrition, la procédure en vigueur est celle d'une surveillance systématique mensuelle du poids des résidents et d'une surveillance de l'albuminémie tous les 3 à 6 mois selon la situation du résident.

Selon les données fournies par l'établissement le jour de la visite :

- 96% des résidents avaient bénéficié d'une pesée dans le mois précédent [REDACTED]

Le tableau des pesées mensuelles n'a pas été communiqué à la mission.

Remarque 16 : L'insuffisance de données concernant le suivi de l'état nutritionnel des résidents ne permet pas de garantir la qualité de la prise en charge des résidents.

La prise en charge en masso-kinésithérapie est assurée par deux professionnels de santé libéraux. Les évaluations et les objectifs de prise en charge sont définis par eux sur prescription des médecins traitants exerçant dans l'établissement.

Les chutes font l'objet d'un signalement dans le logiciel [REDACTED] par l'équipe soignante. Selon les données fournies par l'établissement. Sur les 144 chutes recensées du 1/01/23 ou 04/10/23, 42% sont intervenues au cours de la marche, 38 % suite à une chute de chaise, de fauteuil, ou de lit.

Des réunions « chute » sont organisées sur un rythme trimestriel avec le cadre de santé, les IDE et les AS.

Un atelier chute était organisé avec l'ancien psychomotricien, mais la mission ne dispose pas d'information sur la suite de cet atelier.

Le tableau de recensement des chutes du 01/01/23 au jour de la visite dénombre 144 chutes. 42% au cours de la marche, 19% par chute du lit et 19% par chute du fauteuil.

Remarque 17 : L'arrivée d'un nouveau psychomotricien dans l'établissement est très récente et les missions de celui-ci n'ont pas pu être clarifiées lors de la visite

B. Les soins de peau et le suivi de la douleur (3.8.2.24)

Selon les éléments remis par la direction de l'établissement, les formations « Prise en charge de la douleur » et « plaies et cicatrisation » sont prévues dans le plan de formation. Mais on note que seule la moitié des IDE a suivi cette formation, et aucune n'a suivi de formation celle sur les plaies et cicatrisations.

Deux escarres sont actuellement en traitement. Ce sont, pour toutes deux, des escarres nécessitant des soins complexes, traitées en interne, avec l'appui de l'équipe mobile de l'hôpital Broca.

Ecart n°19 : Les formations relatives à la prise en charge de la douleur et aux plaies et cicatrisations sont suivies par une partie seulement des effectifs présents

Les soins bucco-dentaires

Une campagne semestrielle de dépistage bucco-dentaire est organisée avec le concourt du centre de santé [redacted]. L'établissement s'est doté de brosses imprégnées de bicarbonate.

Les contentions

Il a été rapporté à la mission que près [redacted] des résidents bénéficient de contention à chaque étage, hormis le niveau [redacted]. Ce sont des contentions au lit et au fauteuil, sur prescription médicale, parfois réclamées par le résident lui-même.

C. L'Organisation des soins

L'admission des résidents

C'est l'adjoint administratif qui reçoit les demandes et les soumet à l'appréciation du médecin. Cette admission a pour objectif d'évaluer les besoins multidimensionnels du futur résident. L'avis du médecin est systématiquement sollicité (capacité de soins, disponibilité en lits).

En l'absence de médecin coordonnateur, cette validation médicale se fait par l'un ou l'autre des médecins de l'établissement. Il a été rapporté à la mission que les avis sont toujours suivis par la direction. L'établissement n'a fourni des données permettant à la mission d'inspectorat d'analyser la qualité de cette approche multidimensionnelle.

Remarque 18 : L'insuffisance de données concernant le suivi des résidents ne permet pas de garantir la qualité de la prise en charge multidimensionnelle des résidents

Le suivi sanitaire des résidents

Les deux médecins salariés de l'établissement se répartissent le suivi des résidents. L'un est responsable de la prise en charge des résidents sur les étages 1, 2, et 3, l'autre sur l'étage 4.

Le logiciel utilisé pour la saisie des données individuelles et le suivi des résidents est le logiciel [redacted]. Tout élément du dossier y est systématiquement saisi. Chaque personnel contribuant à la prise en charge dispose d'un accès personnel avec des droits propres spécifiques à sa qualification professionnelle.

Les réunions d'équipe

Des réunions de transmission sont organisées tous les jours de 14h à 14h30. La direction est présente en tant que de besoin.

D. Les liens avec les acteurs locaux

Les urgences sont dirigées vers l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière.

L'établissement a signé une convention avec Laboratoire de biologie médical [redacted] pour la prise en charge des examens de laboratoire.

Pour l'accès à l'HAD, il est fait appel aux services de l'HAD Croix Saint-Simon ou ceux de l'HAD de la Pitié-Salpêtrière.

5.3 Le circuit du médicament 3.8.2.1

Les prescriptions sont faites et renouvelées par les médecins traitants.

Les prescriptions médicales sont toutes saisies directement sur le logiciel [REDACTED] de l'établissement et transmises à la pharmacie centrale du CASVP.

La pharmacie centrale livre l'établissement les jeudis et la délivrance est préparée par l'IDE présente le vendredi. Les médicaments sont livrés sous forme de rouleaux de sachets identifiés par nom, prénom, numéro de chambre, détachables par prise.

Le stockage des piluliers se fait dans des casiers individualisés identifiés par le nom, prénom, et numéro de chambre du résident, une armoire fermée sécurisée installée dans le bureau du 2^{ème} étage, pièce sécurisée par clef.

Une autre armoire contient des boîtes individuelles identifiées par trois traits d'identité : nom, prénom et chambre du résident pour les médicaments hors pilulier. Cette armoire contient aussi une réserve de médicaments stockés dans des boîtes en hauteur.

Remarque 19 : L'analyse des dossiers médicaux fait apparaître une prescription médicale comportant une poly médication de 16 médicaments d'administration orale (gel, cp ou ampoule), dont certains nécessitent plusieurs prises dans la journée.

Récapitulatif des écarts et des remarques

Tableau des écarts : 19

Nbre	Référence	Ecarts	Références juridiques	Numéro IGAS
1	Management et stratégie	Ecart n°1 : L'établissement ne dispose plus d'un médecin coordonnateur conformément à l'article D.312-158 du CASF.	Art. D.312-158 du CASF	1.2.2.14, 1.2.2.15, 1.2.2.17
2	Management et stratégie	Ecart n°2 : L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu conformément à l'article D.312.160 du CASF et l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).	Art. 311.3 du CASF et de D.312.160 du CASF et l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	1.2.1.6
3	Management et stratégie	Ecart n°3 : Le délai de convocation n'est pas toujours respecté et les procès-verbaux ne précisent pas si le quorum est atteint, ce qui contrevient aux articles D.311-16 et D.311-17 du CASF	Art. D.311-16 et D.311-17 du CASF	1.3.3.0
4	Management et stratégie	Ecart n°4 : Le plan de formation ne mentionne pas les différentes formations liées au repérage et à la sensibilisation de la maltraitance conformément aux articles L.119-1 & L.311-3 du CASF	Art. L.119-1 et L.311-3 du CASF	1.4.3.1, 1.4.3.2, 1.4.3.3
5	Management et stratégie	Ecart n°5 : L'établissement n'a pas présenté à la mission d'inspection les résultats des enquêtes de satisfaction réalisées ces deux dernières années conformément à l'article D.311-15-III et 21 du CASF	Art. D.311-15-III et 21 du CASF	1.5.5.1
6	Management et stratégie	Ecart n°6 : Il n'a pas été mis à la disposition des usagers un registre de réclamations conformément à l'article L.311-6 du CASF.	Art. L.311-6 du CASF	1.5.5.1

7	Management et stratégie	Ecart n°7 : L'établissement n'applique pas de façon rigoureuse la procédure de déclaration des EIG et certains évènements ne sont pas signalés aux autorités administratives compétentes, voire aux autorités judiciaires conformément aux articles 434-3 du Code pénal, L.331-8-1 et R.331-8 du CASF, et l'arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS	Art. 434-3 du Code pénal, L.331-8-1 et R.331-8 du CASF, et l'arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS	1.5.1.6, 1.5.1.7
8	Ressources humaines	Ecart n°8 : L'absence de fiches de tâches heurees ne permet pas de garantir que les tâches sont accomplies par des personnes qualifiées, conformément aux dispositions des articles L.311-3 et D.312-155-0 du CASF.	Art. L.311-3 du CASF D.312-155-0 du CASF	2.1.3, 2.1.4
9	Ressources humaines	Ecart n°9 : L'effectif des aides-soignants prenant en charge la nuit les résidents pendant les périodes de congés ne permet pas de garantir la qualité d'une prise en charge individualisée, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.	Art. L.311-3 du CASF	2.1.4.1, 2.1.4.4, 2.1.4.5
10	Ressources humaines	Ecart n°10 : L'absence d'IDE l'après-midi ou la présence d'un seul IDE le matin ne permet pas de garantir que les tâches décrites à l'article R.4311-5 du CSP sont exclusivement exercés par les infirmiers, et expose à un glissement de tâches sur des professionnels non qualifiés.	Art. R.4311-5 du CSP	2.1.4.4
11	Ressources humaines	Ecart n°11 : L'absence de différenciation des tâches des aides-soignants et des ASO au chevet fait courir le risque de glissement de tâches, ce qui contrevient aux articles D.312-155-0, L.451-1 du CASF et à l'article L.4391-1 du CSP	Art. L.451-1, D.312-155-0 du CASF et Art. L.4391-1 du CSP	2.1.4.4
12	Les locaux	Ecart n°12 : La gestion des DASRI contrevient aux articles R1335-1 et 2 du CSP	Art. R1335-1 et 2 du CSP	2.5.2.7

13	Prise en charge des résidents	Ecart n°13 : Les modalités d'évaluation des chutes, escarres, déglutition, douleur (Norton, Braden) ne sont pas expressément décrites dans la procédure d'admission. Ce qui contrevient aux articles D312-158 2° et D312-155-3 2° du CASF	Art. D312-158 2° et D312-155-3 2° du CASF	3.1.1.1, 3.1.1.2
14	Prise en charge des résidents	Ecart n°14 : Il n'existe pas au sein de l'établissement une commission de coordination gériatrique. Ce qui n'est pas conforme à l'article D312-158, 3° du CASF	Art. D312-158, 3° du CASF	3.1.4.1
15	Prise en charge des résidents	Ecart n°15 : L'intervention des médecins traitants n'est pas clairement spécifiée et encadrée, conformément l'article L314-12 CSP (rôle médecins libéraux dans EHPAD)	Art. L314-12 CSP	3.1.4.5
16	Soins	Ecart n°16 : L'établissement n'a pas fourni les contrats des médecins intervenant dans l'établissement conformément à l'article R.313-30-1 du CASF	Art. R.313-30-1 du CASF	3.8.1.1
17	Soins	Ecart n°17 : En l'absence du médecin coordonnateur, l'encadrement médical de l'établissement est assuré par 2 médecins contractuels. Ce qui n'est pas conforme aux articles D. 312-155-0, II CASF (équipe pluridisciplinaire) D. 312-156 du CASF (missions du Medco).	Art. D. 312-156 du CASF	3.8.1.1
18	Soins	Ecart n°18 : L'établissement n'a pas fourni à la mission d'inspection le contrat de travail de la cadre de santé en sa qualité de contractuel en [REDACTED] conformément aux dispositions de l'article D.344-5-15 du CASF	Art. D.344-5-15 du CASF	3.8.1.1
19	Soins	Ecart n°19 : Les formations relatives à la prise en charge de la douleur et aux plaies et cicatrisations sont suivies par une partie seulement des effectifs présents		3.8.2.24

Tableau des remarques : 19

Nbre	Référence	Remarques	Références juridiques	Numéro IGAS
1	Management et stratégie	Remarque 1 : Le projet d'établissement n'est plus en vigueur, son actualisation est en cours et n'a pas encore été communiquée.		1.2.1.4, 1.2.1.5
2	Management et stratégie	Remarque 2 : Le plan d'amélioration continue de la qualité et les actions menées sont peu, voire pas lisibles dans leur contenu, leur déroulé et leur effectivité. Aucune démarche d'actualisation des actions à mettre en place n'est prévue par l'établissement.		1.4.1.7
3	Management et stratégie	Remarque 3 : L'établissement n'a pas transmis les comptes rendus des COPIL du PACQ sur les années 2022 et 2023.		1.4.1.7
4	Management et stratégie	Remarque 4 : La démarche d'amélioration de la qualité de l'établissement nécessite une clarification afin d'en saisir les enjeux, la mise en œuvre et les résultats.		1.4.1.7
5	Management et stratégie	Remarque 5 : Les procédures de déclaration des EIG ne sont pas réactualisées de façon régulière afin de présenter des informations à jour et ne sont pas complètes, notamment en n'indiquant pas la liste des EIG.		1.5.1.3, 1.5.1.4
6	Management et stratégie	Remarque 6 : Les étapes de la procédure de déclaration des EIG ne favorisent pas une déclaration sans délai aux autorités administratives compétentes.		1.5.1.3, 1.5.1.4
7	Management et stratégie	Remarque 7 : Le logigramme proposé pour le traitement des EIG ne suit pas un déroulement logique et n'est pas suffisamment fonctionnel pour permettre une application concrète de la procédure.		1.5.1.3, 1.5.1.4
8	Les ressources humaines	Remarque 8 : L'établissement n'a pas élaboré son propre livret d'accueil à destination des salariés.		2.1.2.5
9	Les ressources humaines	Remarque 9 : L'établissement n'a pas formalisé de procédure en cas d'absence inopinée du personnel.		2.1.1.3, 2.1.1.6, 2.1.4.7
10	Les ressources humaines	Remarque 10 : La formation Bientraitance ne fait pas partie du parcours obligatoire des IDE et des AS.		2.1.2.1, 2.1.2.3

11	Les ressources humaines	Remarque 11 : Les ASO ont un parcours de formation moins suivi que le reste du personnel.		2.1.2.1, 2.1.2.3
12	La prise en charge des résidents	Remarque 12 : Il n'existe pas de documents et de calendriers qui montrent les échanges sur les pratiques professionnelles selon les recommandations de la HAS, ("La Commission de coordination gériatrique", 2018).		2.3.4.3
13	La prise en charge des résidents	Remarque 13 : Le formulaire de désignation de la personne de confiance et des directives anticipées ne sont pas facilement accessibles.		2.3.4.3
14	Soins	Remarque 14 : l'absence de mise en œuvre d'une procédure d'accueil d'un nouveau salarié ne favorise pas une prise de poste efficace et est susceptible d'affecter la qualité de la prise en charge des résidents.		3.8.1.1
15	Soins	Remarque 15 : les plans de table du rez-de-chaussée et du rez-de-jardin, indiquant les textures et /ou régimes particuliers des résidents, à destination des professionnels de service, sont non datés ou non mis à jour.		3.4.3.5 à 3.4.3.10
16	Soins	Remarque 16 : l'insuffisance de données concernant le suivi de l'état nutritionnel des résidents ne permet pas de garantir la qualité de la prise en charge des résidents.		3.4.3.5 à 3.4.3.10
17	Soins	Remarque 17 : L'arrivée d'un nouveau psychomotricien dans l'établissement est très récente et les missions de celui-ci n'ont pas pu être clarifiées lors de la visite		3.4.3.5 à 3.4.3.10
18	Soins	Remarque 18 : L'insuffisance de données concernant le suivi des résidents ne permet pas de garantir la qualité de la prise en charge multidimensionnelle des résidents		
19	Soins	Remarque 19 : L'analyse des dossiers médicaux fait apparaître une prescription médicale comportant une poly médication de 16 médicaments d'administration orale (gel, cp ou ampoule), dont certains nécessitent plusieurs prises dans la journée.		

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD Annie GIRARDOT situé au 6-12 rue Annie Girardot – 75013 PARIS, géré par par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP), N° Finess 750750583 dont le siège est situé au 5 Boulevard Diderot, 75012 Paris a été réalisée le 04/10/2023 à partir des constats faits sur place et des documents transmis par l'établissement le 04/10/2023 ainsi que le 13/11/2023.

La mission d'inspection a relevé les points positifs suivants :

GOUVERNANCE

- ✓ Les conditions d'exercice telles que posées dans l'autorisation sont respectées.
- ✓ Les missions de l'équipe d'encadrement sont clairement réparties entre directeur, cadre administrative et cadre des soins.
- ✓ Les diplômes de l'équipe d'encadrement correspondent à leurs missions, et ceux des médecins intervenant dans l'EHPAD.
- ✓ Les fiches de postes du directeur, des adjointes et du médecin sont à jour.
- ✓ Les astreintes et les plannings sont bien organisés et la procédure d'appel des cadres d'astreinte est maîtrisée par les agents.
- ✓ Les comptes rendus des CODIR sont tenus et répertoriés.
- ✓ Le CVS est mis en place et est réuni régulièrement dans le respect de la réglementation.
- ✓ L'établissement dispose d'un plan d'amélioration continue de la qualité ainsi que d'un plan d'amélioration de critères impératifs.
- ✓ L'établissement est doté de deux procédures pour le traitement des événements indésirables graves.

RESSOURCES HUMAINES

- ✓ L'effectif présent est en nombre suffisant et l'équipe est globalement stable.
- ✓ Les contractuels représentent 14 % de l'équipe.
- ✓ Le taux d'absentéisme reste en deçà de la moyenne nationale.
- ✓ Les plannings sont dans l'ensemble respectés, même si une attention sur les congés d'été doit être portée.
- ✓ Les dossiers du personnel sont globalement bien tenus et complets.
- ✓ Une politique ambitieuse de formation qui inscrit un grand nombre d'agents dans un parcours de formation, y compris les agents contractuels.

LES LOCAUX

- ✓ Les affichages réglementaires sont présents et accessibles tant aux résidents qu'aux agents.
- ✓ Les chambres sont bien entretenues et les conditions d'hébergement répondent aux besoins des résidents dans des locaux globalement agréables.
- ✓ L'emplacement et l'ouverture de l'établissement sur la cité permet aux résidents autonomes d'effectuer des promenades seuls ou accompagnés dans le quartier.
- ✓ L'accès à l'établissement est sécurisé par une double porte à code et la présence d'un accueil.

PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS

- ✓ La procédure d'admission et de sortie est établie.
- ✓ Les droits des personnes sont respectés, mais doivent être complétés par des documents actualisés.
- ✓ Des sorties sont organisées pour des activités culturelles avec des résidents autonomes.
- ✓ Des conventionnements avec l'extérieur sont passés, surtout dans le domaine de l'animation.
- ✓ Plusieurs acteurs au sein de l'établissement proposent diverses activités aux résidents, comme la présence d'enfants des écoles maternelle et primaire pour des activités intergénérationnelles.

SOINS

- ✓ L'équipe de soins est au complet, cependant, une organisation fonctionnelle des tâches est nécessaire.
- ✓ La prise en charge des résidents est assurée par la présence des deux médecins et une équipe de soins complète.
- ✓ L'organisation des soins est maîtrisée.

La Mission d'Inspection a pu également repérer que l'encadrement de l'établissement est à l'écoute tant des résidents, de leur famille que des professionnels, tout en apportant son soutien et la guidance nécessaire au personnel. Cette position contribue sans doute pour partie à la stabilité de l'équipe, et la Mission a rencontré des agents motivés et engagés. De plus, des locaux accueillants, avec des espaces extérieurs, entretenus et spacieux font de l'établissement un véritable lieu de vie. L'EHPAD bénéficie d'ailleurs d'un cadre architectural favorisant son intégration au sein de la cité et cette ouverture facilite les échanges avec les acteurs sur le terrain et conduit régulièrement les habitants du quartier (enfants, jeunes et adultes) à y développer des activités. De même, l'unité de vie protégée est adaptée au public pris en charge. Enfin, l'établissement bénéficie de la présence d'une cuisine qui prépare les repas et peut s'adapter aux besoins des résidents. Ce travail qualitatif est bien ressenti par les agents, cependant il gagnerait en efficience par la présence d'un référent qualité bien identifié.

Néanmoins, la Mission a relevé un certain nombre d'écart à la réglementation et de remarques sur le fonctionnement de l'établissement explicités tout au long du rapport. Ceux-ci mettent en évidence principalement la nécessité de créer les outils manquants indispensables à l'activité de l'établissement, voire de les réajuster régulièrement ou de les améliorer. Le manquement de certains outils pouvant laisser envisager des dérives, voire des inadéquations dans la prise en charge. Récapitulés plus haut, ils donneront lieu à des injonctions, prescriptions et recommandations faites au gestionnaire, afin de se mettre en conformité avec la réglementation et de rectifier certains modes de fonctionnement qui ne permettent pas une prise en charge de qualité et une sécurité optimale pour les résidents.

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

Saint Denis, le 11 juin 2024

Inspectrice de l'action sanitaire et sociale

ARS Ile-de-France

Responsable de la mission d'inspection des ESMS parisiens

Ville de Paris



Dalhia ELENGA



Frédéric MUSSO

Glossaire

AES : Accompagnant éducatif et social
AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
AVS : Auxiliaire de vie sociale
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
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
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
EHPA : Etablissement hébergeant des personnes âgées
EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EI/EIG : 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
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
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 Ile-de-France

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

Affaire suivie par : Dalhia ELENGA

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

Monsieur Ritchard Bervin, chargé de la politique d'offre de soins en faveur des personnes âgées, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

Monsieur Frédéric MUSSO, responsable de la mission d'inspection des ESMS, Sous-direction de l'autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

Madame Firyal ABDELLAOUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, Sous-direction de l'autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la Santé Publique, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

Saint-Denis, le 2 octobre 2023

Mesdames, Messieurs,

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur-pièces de l'EHPAD « Annie Girardot » (FINESS géographique 750047872) situé au 6-12 rue Annie Girardot, géré par le « Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris », et qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

La mission comprendra :

13 rue du Landy
93260 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 00 00
Ile-de-France ars.sante.fr

94010 Chai de la Roche
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.8

Pour sa composante Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France (ARS IDS) :

- Madame Dahlia ELENGA, coordonnatrice de la mission d'inspection, inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation Départementale de Paris ;
- Monsieur Ritchard Bervin, désigné 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 ;

Pour sa composante Ville de Paris :

- Monsieur Frédéric MUSSO, responsable de la mission d'inspection des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.333-2 du CASF par la Ville de Paris ;
- Madame Firyel ABDELJAOUAD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.333-2 du CASF par la Ville de Paris ;

L'inspection sera réalisée sur le mode inopiné et débutera à compter du **4 octobre 2023 à 9h00**. Elle comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous les documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer. Elle pourra s'adjointre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

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

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

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

Tanguy 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

Documents à remettre immédiatement :

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

A remettre à l'issue du jour de l'inspection :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	Transmis/Consulté
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, médecin prescripteur et de l'IDEC	Clé USB	oui
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, de l'IDEC et médecin prescripteur Clé USB	Clé USB	oui
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Clé USB	oui
4	Subdélégation de l'adjoint de direction	Clé USB	oui
5	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Clé USB	non
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Clé USB	non
7	Planning des astreintes des 6 derniers mois	Clé USB	oui
8	Statut juridique du gestionnaire	Clé USB	
9	Procès-verbaux des assemblées générales, conseils d'administration et bureaux de l'organisme gestionnaire 2020/2021/2022	Clé USB	non
10	Comptes rendus des CODIR avec l'organisme gestionnaire réalisés en 2021 et 2022 et 2023	Clé USB	non
11	Comptes rendus des CODIR EHPAD réalisés en 2021 et 2022 et 2023	Clé USB	non
12	Comptes rendus des réunions d'équipes	Clé USB	non

13	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	oui
14	Outils loi 2002 (Livre d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement)	Clé USB	oui
15	Dernière évaluation externe et interne et le suivi du plan d'actions	Clé USB	oui
16	Comptes rendus des réunions des CVS 2021,2022,2023 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Clé USB	oui
17	Comptes rendus des réunions avec les familles 2021/2022/2023	Clé USB	oui
18	Projet d'établissement	Clé USB	oui
19	Plan d'amélioration continue de la qualité	Clé USB	
20	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2021, 2022, 2023 en précisant : date, motifs, décisions prises et si déclarés ou non à ARS/CD	Clé USB	oui
21	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Clé USB	oui
22	Procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des événements indésirables dont ceux associés aux soins : - procédure présentant le type d'EI à déclarer et modalités de déclaration - extraction/copie du registre d'enregistrement des EIG déclarés aux autorités de contrôle, retours d'expérience et plans d'actions correctives et préventives mis en œuvre (N et N-1)	Clé USB	oui
II	Fonctions supports		
23	Liste nominative des personnels CDD en 2021,2022 et janvier à février 2023	Clé USB	oui
24	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (tableau Excel et non pdf)	Clé USB	oui
25	Procédure accueil du nouveau salarié	Clé USB	oui
26	Extraction sous fichier Excel du Registre unique du personnel	Clé USB	oui
27	Plannings des équipes de soins jour/night et ASH des 3 derniers mois (y-compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur + plannings réalisés de juin et de juillet + planning prévisionnel de novembre Précision de la légende des sigles utilisés	Clé USB	oui
28	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Clé USB	oui
29	Dossiers RH des salariés	Consultation	oui
30	Copie des registres des délégués du personnel	Consultation	oui
31	Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)	Clé USB	oui
32	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation	non
33	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1, M en cours et août 2022)	Clé USB	oui
34	Extraction du journal appel malades de J, J-1 et de la nuit écoulée	Clé USB	oui
35	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	Clé USB	oui
36	Contrats de location des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours	Clé USB	non

	Équipement de l'EHPAD en rails, lèves personnes et chariots douches ?		
37	Factures 2021 et 2022 des locations (lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres, ascenseur)	Clé USB	non
III- Prise en charge			
38	Liste nominative des résidents admis à ce jour avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance ou âge, date d'entrée, date de PVI, bénéficiaire aide sociale, protection juridique (format EXCEL et non pdf)	Clé USB	oui
39	Procédure d'admission	Clé USB	oui
40	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation	oui
41	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI	Clé USB	oui
42	Liste nominative des médecins traitants des résidents	Clé USB	oui
43	Rapport de la commission gériatrique annuelle et dates de réunions 2021,2022	Clé USB	non
44	Planning des animations des 3 derniers mois	Clé USB	oui
45	Enquête de satisfaction 2021 et 2022	Clé USB	oui
46	Menus des 3 derniers mois	Clé USB	
47	Les fiches de tâches heurees et fiches de poste des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	Clé USB	oui
48	Les conventions de stage des élèves stagiaires présents le jour de la visite d'inspection	Clé USB	non
49	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	Clé USB	non
50	Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Clé USB	oui
51	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Clé USB	non
52	Liste des protocoles de soins et communication des protocoles suivants : chute, douleur, escarres, pansements, dénutrition, contentions, risque suicidaire	Clé USB	non
53	Liste nominative des résidents ayant des repas enrichis, mixés ou hachés ; des résidents avec régime	Clé USB	oui
54	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne	Consultation	non
55	DARI - Document d'Analyse des Risques Infectieux -	Clé USB	non
56	Nombre de chutes répertoriées, année 2021,2022	Clé USB	non
57	Extraction des données de suivi nutritionnel : poids/IMC/Albumine : année 2021-2022 (format Excel) Extraction des données des tests réalisés dans le cadre des évaluations multidimensionnelles pour l'ensemble des résidents, année 2021-2022 (format Excel)		non
58	Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés années 2021-2022	Clé USB	oui
59	Vaccination COVID dernière dose de rappel réalisée en interne par l'EHPAD : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés à ce jour	Clé USB	
60	Deux derniers rapports annuels d'activité médicale (RAMA)	Clé USB	non
IV- Relations avec l'extérieur			
61	Dernier Plan bleu	Clé USB	non
62	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé publics et privés au titre de la continuité des soins (urgences/MCO/Psychiatrie)	Clé USB	non
63	Conventions signées avec l'équipe mobile gériatrique (EMG), les réseaux de soins palliatifs, les services de hospitalisation à domicile (HAD)	Clé USB	non

Annexe 3 : Liste des entretiens

La mission a mené les entretiens avec :

- Le Directeur de l'établissement
- La Directrice adjointe, chargée de ressources humaines
- 2 médecins
- 1 IDEC, Cadre de soins
- 1 IDE
- 3 AS
- 1 Kinésithérapeute
- 1 Psychologue
- 1 animatrice
- 1 fille d'une résidente

1



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



94-96 quai de la Rapée
75012 Paris Tel : 01 43 47 77 77
Paris.fr

56/56